

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
SEXUALIDAD Y RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES
OBESAS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Marta Perandones Martínez

Bajo la dirección de la doctora

Cristina Larroy García

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I (Psicología Clínica)

TESIS DOCTORAL



INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL EN SEXUALIDAD Y RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES OBESAS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO

Autora:

Marta Perandones Martínez

Directora:

Cristina Larroy García

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS I



INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
SEXUALIDAD Y RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES
OBESAS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO

TESIS DOCTORAL

Marta Perandones Martínez
Directora: Dra. Cristina Larroy García

Madrid, 2012

ÍNDICE

	Página
Agradecimientos	IX
1. PRIMERA PARTE – MARCO TEÓRICO	1
1.1 La obesidad	3
1.1.1. Definición del término obesidad.....	3
1.1.2. Modelos teóricos	7
1.1.3. Epidemiología	13
1.1.4. Obesidad en la mujer	21
1.1.5. Sexualidad y relación de pareja en la obesidad	25
1.2 Intervención en obesidad	33
1.2.1. Aspectos previos	33
1.2.2. Intervención médica	43
1.2.3. Intervención psicológica	50
1.2.3.1. Programas de intervención psicológica Cognitivo-Conductual	59
Programas Globales	64
Programas Específicos	71
1.2.4. El Método Ravenna	79
2. SEGUNDA PARTE – TRABAJO EMPÍRICO	83
2.1 Planteamiento del problema	85
2.2 Justificación de la investigación	93
2.3 Objetivos	95
2.4 Hipótesis	97
2.5 Muestra	99
2.6 Métodos	101
2.6.1. Diseño	101

2.6.2. Variables e instrumentos	102
2.6.3. Procedimiento	108
2.6.4. Análisis de datos	114
2.6.5. Resultados	116
2.6.5.1. Descripción de la muestra	116
2.6.5.2. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE-GC)	125
2.6.5.3. Análisis de la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo y respecto al grupo control	131
2.6.5.4. Adherencia al tratamiento	143
2.6.5.5. Análisis de la significación clínica	144
2.6.5.6. Análisis del tamaño del efecto	146
2.6.5.7. Análisis de la satisfacción con el programa	149
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	151
3.1 Contraste hipótesis	153
3.2 Discusión	157
3.3 Conclusiones	163
3.4 Limitaciones y líneas futuras	165
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
5. ANEXOS	207
Anexo I: Consentimiento del paciente	209
Anexo II: Entrevista evaluación taller sexualidad y pareja	211
Anexo III: Cuestionario de Rosenberg	213
Anexo IV: Índice de la Función Sexual Femenina	215
Anexo V: Cuestionario de valoración del taller sexualidad y pareja	219
Anexo VI: Materiales del taller sexualidad y pareja	221

RELACIÓN DE TABLAS

	Página
1. PRIMERA PARTE – MARCO TEÓRICO	1
1.1 La obesidad	3
1.1.1. Definición del término obesidad.....	3
CUADRO 1. <i>Criterios SEEDO para definir la obesidad en función del Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos (Salas y cols., 2007)</i>	4
1.1.2. Modelos teóricos	7
1.1.3. Epidemiología	13
CUADRO 2. <i>Alteraciones asociadas a la obesidad (Salas y cols., 2007)</i>	14
CUADRO 3. <i>Riesgo relativo de presentar comorbilidades mayores que confieren el exceso de peso y la distribución de tejido adiposo (Salas y cols., 2007)</i>	15
CUADRO 4. <i>Prevalencia de la obesidad en España por grupos de edad y sexo (Salas y cols., 2007)</i>	17
CUADRO 5. <i>Objetivos de la estrategia Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) (Salas y cols., 2007)</i>	20
1.1.4. Obesidad en la mujer	21
1.1.5. Sexualidad y relación de pareja en la obesidad	25
1.2 Intervención en obesidad	33
1.2.1. Aspectos previos	33
CUADRO 6. <i>Beneficios de la realización de actividad física (Salas y cols., 2007)</i>	35
1.2.2. Intervención médica	43
1.2.3. Intervención psicológica	50
1.2.3.1. Programas de intervención psicológica Cognitivo-Conductual	59
Programas Globales	64
Programas Específicos	71
TABLA 7. <i>Intervenciones psicológicas para la obesidad y su comparación (Collins, Rothblum y Wilson, 1986; Fabricatore, 2007; Fernández y cols., 2006; Lifshits, 2004, citado por Leija y cols., 2011; Nauta y cols., 2001; Shaw y cols., 2008; Viegner y cols., 1990; Wadden, Foster y Leticia, 1994; Werrij y cols., 2009)</i>	75
1.2.4. El Método Ravenna	79

2. SEGUNDA PARTE – TRABAJO EMPÍRICO	83
2.1 Planteamiento del problema	85
2.2 Justificación de la investigación	93
2.3 Objetivos	95
2.4 Hipótesis	97
2.5 Muestra	99
2.6 Métodos	101
2.6.1. Diseño	101
2.6.2. Variables e instrumentos	102
2.6.3. Procedimiento	108
TABLA 8. <i>Resumen de las medidas de la variable dependiente</i>	110
TABLA 9. <i>Resumen del contenido de las sesiones</i>	112
2.6.4. Análisis de datos	114
2.6.5. Resultados	116
2.6.5.1. Descripción de la muestra	116
TABLA 10. <i>Características sociodemográficas (datos entrevista)</i>	117
TABLA 11. <i>Características sobre sexualidad y relación de pareja (datos entrevista)</i>	119
TABLA 12. <i>Características médico - psicológicas (datos entrevista)</i>	120
TABLA 13. <i>Hábitos saludables (datos entrevista)</i>	121
TABLA 14. <i>Sintomatología (datos cuestionarios)</i>	124
2.6.5.2. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE-GC)	125
TABLA 15. <i>Homogeneidad de los grupos: características sociodemográficas</i>	126
TABLA 16. <i>Homogeneidad de los grupos: características sexualidad y relación de pareja</i>	127
TABLA 17. <i>Homogeneidad de los grupos: historia médico-psicológica</i>	129
TABLA 18. <i>Homogeneidad de los grupos: hábitos saludables</i>	129
TABLA 19. <i>Homogeneidad de los grupos: sintomatología</i>	130
2.6.5.3. Análisis de la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo y respecto al grupo control	131
TABLA 20. <i>Cambios pre-post en sintomatología GE</i>	132

TABLA 21. <i>Cambios pre-seg1 en sintomatología GE</i>	133
TABLA 22. <i>Cambios pre-seg2 en sintomatología GE</i>	134
TABLA 23. <i>Cambios post-seg1 en sintomatología GE</i>	135
TABLA 24. <i>Cambios post-seg2 en sintomatología GE</i>	136
TABLA 25. <i>Cambios seg1-seg2 en sintomatología GE</i>	137
TABLA 26. <i>Medias y Desviación Típica del GC en el Postratamiento, Seguimiento 1 y Seguimiento 2</i>	139
TABLA 27. <i>Cambios en el GC a lo largo del tiempo comparando: pre-post, pre-seg1 y pre-seg2</i>	140
TABLA 28. <i>Cambios en el GC a lo largo del tiempo comparando: post-seg1, post-seg2 y seg1-seg2</i>	141
TABLA 29. <i>Comparación GE-GC Postratamiento, Seguimiento 1 y Seguimiento 2</i>	142
2.6.5.4. Adherencia al tratamiento	143
TABLA 30. <i>Asistencia a las sesiones del programa de intervención</i>	143
2.6.5.5. Análisis de la significación clínica	144
TABLA 31. <i>Porcentaje de participantes que no presentan sintomatología a nivel clínico</i>	144
2.6.5.6. Análisis del tamaño del efecto	146
TABLA 32. <i>Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida. Cambios pre-post, pre-seg1 y pre-seg2</i>	147
TABLA 33. <i>Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida. Cambios post-seg1 y post-seg2</i>	147
TABLA 34. <i>Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida. Cambios seg1-seg2</i>	148
TABLA 35. <i>Tamaños del efecto para cada variable GE-GC post, seg1 y seg2</i>	148
2.6.5.7. Análisis de la satisfacción con el programa	149
TABLA 36. <i>Medias de las valoraciones hechas por las participantes del taller y comentarios</i>	150
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	151
3.1 Contraste hipótesis	153
3.2 Discusión	157
3.3 Conclusiones	163

3.4 Limitaciones y líneas futuras	165
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
5. ANEXOS	207
 Anexo I: Consentimiento del paciente	 209
Anexo II: Entrevista evaluación taller sexualidad y pareja	211
Anexo III: Cuestionario de Rosenberg	213
Anexo IV: Índice de la Función Sexual Femenina	215
Anexo V: Cuestionario de valoración del taller sexualidad y pareja	219
Anexo VI: Materiales del taller sexualidad y pareja	221

Agradecimientos

Quiero agradecer a la Dra. Cristina Larroy García, su apoyó y sus ánimos durante la elaboración del presente trabajo. Sus enseñanzas han sido fundamentales para que este estudio haya sido finalmente posible.

Tambien agradecer al Dr. Juan Antonio Cruzado por la intensa revisión que ha hecho de la tesis y por las múltiples y acertadas sugerencias ofrecidas.

Por otra parte, no menos importantes han sido mis amigas/os investigadoras/es, que con mucho entusiasmo me apoyaron en los momentos difíciles y me hicieron comentarios y aportaciones muy valiosas, y de forma especial, la Dra. Inés Magán.

A todas las mujeres, que aceptaron generosamente participar en este estudio, por compartir conmigo sus experiencias personales e “íntimas”.

Al Centro Ravenna Madrid y a su directora, Graciela, que sin su buena disposición no hubiera sido posible este proyecto.

A mi familia y a Edu, que a pesar de la distancia, siempre están presentes.

1. PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

1. PRIMERA PARTE – MARCO TEÓRICO

1.1. La obesidad

1.1.1. Definición del término obesidad

Definir la obesidad es algo complejo. Por lo general, se asocia el término obesidad a un exceso de peso. Sin embargo, asociar la obesidad a sobrepeso tiene una serie de problemas, como el de no tener en cuenta la variabilidad individual y étnica de la persona, su envergadura ósea y/o su musculatura, el ciclo vital en que se encuentra el individuo, etc. Por tanto, en la mayoría de los estudios definen la obesidad como una **acumulación excesiva de grasa corporal**. En concreto, suele asociarse con un exceso de tejido adiposo, más del 20 por 100 para los hombres y de un 30 por 100 para las mujeres (Saldaña, 1998).

El exceso de grasa puede clasificarse por su cantidad (define el sobrepeso o la obesidad) o por su distribución (puede ser central o periférica) (Bellido, 2006). Según Björntorp y Sjöström (1971), también podemos clasificar la obesidad en función de las diferencias morfológicas de los adipositos diferenciando entre hipertrófica (aumento del tamaño de los adipocitos) e hiperplásica (aumento del número de células grasas) (Saldaña, Sánchez y García, 1994b).

Bray (1992), propone un sistema de clasificación en función del Índice de Masa Corporal (IMC) que es igual al peso partido por la altura al cuadrado. Según esta clasificación, las personas pertenecen a la <<clase 0>> si tienen un IMC de 20 a 25 y un grado cero de obesidad con muy pocos riesgos de salud; la <<clase I>> correspondería a un IMC de 25 a 30 y un grado 1 de obesidad, con un riesgo bajo; la <<clase II>> corresponde a un IMC de 30 a 34 y a un grado 2 con riesgo moderado; la <<clase III>> corresponde a un IMC de 35 a 40 y a un grado 2 pero con riesgo alto; y la <<clase IV>> correspondiente a un IMC superior a 40, catalogado de grado 3 con riesgo muy elevado (Saldaña, 1998).

Se acepta por tanto como **punto de corte el valor de 30 del IMC o superior** para definir la obesidad (Salas, Rubio, Barbany, Moreno y Grupo Colaborativo de la

SEEDO, 2007; véase tabla 1). En el caso de las personas con menos de 18 años de edad, se tiene en cuenta el percentil en el que se encuentra el IMC obtenido (por encima del percentil 85 se considera sobrepeso; por encima del percentil 97 obesidad) (Bellido, 2006).

CUADRO 1. Criterios SEEDO para definir la obesidad en función del Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos (Salas y cols., 2007)

Categoría	Valores límite de IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18.5
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25.0-26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27.0-29.9
Obesidad tipo I	30.0-34.9
Obesidad tipo II	35.0-39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	40.0-49.9
Obesidad tipo IV (extrema)	≥ 50

Respecto a su clasificación, la obesidad está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE-10 (Organización Mundial de la Salud (OMS), World Health Organization - Tenth revisión of the International Classification of Disease) como enfermedad médica. Aun así, en muchos de los pacientes obesos hay evidencias de que los factores psicológicos juegan un papel fundamental en la etiología y mantenimiento de este problema. Es por ello, que la última revisión hecha por la OMS, establece criterios diagnósticos para la “obesidad vinculada a trastornos psicológicos”, en la que se distinguen tres categorías, de las que en dos de ellas se atienden a los factores psicológicos directamente:

- Obesidad como reacción a acontecimientos estresantes.
- Obesidad como una causa de alteraciones psicológicas.
- Obesidad como resultado no deseable de un tratamiento prolongado con fármacos neurolépticos o antidepresivos (Monterrubio y Iruarizaga, 2001).

Debido a esta clasificación, actualmente existe el debate de si incluir o no la obesidad dentro de los trastornos mentales o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Cordela, 2008; Volkow y O'Brien, 2007).

Algunos autores proponen dos problemas de la conducta alimentaria que forman dos subgrupos dentro de los obesos. Por una parte, el trastorno por atracón (dentro de “trastornos de la conducta alimentaria no especificado” del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM IV-TR) que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones alimentarios, asociados a elementos psíquicos y conductuales de falta de control y que estiman que aparece entre el 4.8 y el 28.8% de la población obesa; por otra, el síndrome de atracones nocturnos que es un trastorno de la conducta alimentaria, del sueño, ánimo y de la esfera ansiosa con alteraciones conductuales y neuroendocrinas específicas que afecta según sus estimaciones del 18.9 al 15% de los obesos (Español y Miján, 2006).

Según Fairburn (2011), una cuarta parte de las personas que buscan tratamiento para la obesidad tienen comportamientos de ingesta compulsiva, aunque pocos cumplen criterios de bulimia nerviosa (p.61).

Por otra parte, dentro del trastorno por ingesta compulsiva se distingue entre síndrome completo (personas con episodios de atracón al menos de dos veces a la semana) y síndrome parcial (episodios de atracón menores a dos veces por semana). Algunos autores encuentran que son más las similitudes que las diferencias entre ambos síndromes y plantean la existencia de un continuo de severidad asociado a la frecuencia con la que ocurren los atracones más que a la existencia de un punto de corte que establezca diferencias cualitativas. Además, los sujetos con episodios de sobreingesta no diferirían en las variables clínicas relevantes o en el grado de psicopatología en comparación con los obesos sin estos episodios de sobreingesta (Berrocal y Ruiz, 2002). Por último, sigue el debate acerca de si el trastorno por atracones de la alimentación debe ser aceptado como un trastorno como tal, junto a la anorexia y la bulimia nerviosa, o seguir incluido dentro de los trastornos no especificados del DSM (Gempeler, 2005).

En mayo del 2013, se prevé la publicación del DSM-V. Una de las propuestas hechas para esta edición es considerar el trastorno por atracón como un diagnóstico

independiente o como una entidad a parte dentro de los trastornos de alimentación (que también se está proponiendo llamarlos trastornos alimenticios para poder incluir otros trastornos de alimentación incluidos en la actualidad en el inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; American Psychiatric Association. DSM-5 Development (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

1.1.2. Modelos teóricos

*“Para ser completamente libre,
hay que convertirse en esclavo de las leyes”.*

Cicerón

La obesidad se considera una enfermedad multifactorial. Los factores genéticos, metabólicos y conductuales pueden considerarse los más determinantes. Los factores psicológicos como la ansiedad, la tristeza, el consumo de drogas como el alcohol y los trastornos alimentarios (en especial el trastorno por atracón), también pueden influir en su evolución (Bersh, 2006).

Los determinantes biológicos de la obesidad todavía no se comprenden completamente. El modelo de herencia de la obesidad indica que *“es una enfermedad poligénica, con muchos genes diferentes que logran una pequeña diferencia de efecto en el peso”* (Ravussin, 2000, citado en Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy, 2008, p.3).

Respecto a los determinantes ambientales, la preferencia que se tiene por determinados alimentos y no otros la adquirimos a través de diversas formas de aprendizaje. En un primer lugar, en relación con nuestra experiencia, nuestras preferencias están en función de las consecuencias que siguen a la comida. Las consecuencias agradables o desagradables de ingerir un alimento determinará nuestra preferencia o no por esa comida. En segundo lugar, la observación de modelos o las preferencias de nuestros familiares y/o cercanos influirán en las nuestras. Por último, el ambiente social y cultural también será un factor que modele nuestras preferencias (Castro y Bellido, 2006). Algunos autores estiman que los factores ambientales son responsables del 20 por cien de la variación ponderal total, siendo más importante la herencia como determinante del peso, IMC y las medidas de pliegue cutáneo (Saldaña y cols., 1994b).

Sims (1979) afirma que el término obesidad viene del latín *ob* (sobre) y *edere* (comer), por lo que la obesidad sería consecuencia de un consumo excesivo de alimentos (Saldaña y cols., 1994b). Según el **modelo del balance energético**, la

obesidad es una enfermedad a la que se llega de manera simplista a través de un aumento de la ingesta alimentaria y/o por una disminución de la actividad física, por tanto, a través de un balance energético desequilibrado. La ingesta energética, es regulada por una serie de complejos mecanismos del hipotálamo, donde se encuentran el centro del hambre y la saciedad y actúan sustancias como los neurotransmisores (noradrenalina, adrenalina) y las hormonas (la hormona liberadora de corticotropina-CRH-, la leptina). El gasto energético, está en función del metabolismo basal y la termogénesis o energía consumida ante estímulos estresantes, factores hormonales o la ingesta de alimentos (Moreno, 2005). El mantenimiento a lo largo del tiempo de un balance energético positivo, conlleva a un incremento del tejido adiposo, ya sea por un aumento del tamaño de los adipositos (hipertrofia) o a aumento de células grasas (hiperplasia). Por otra parte, dentro de las teorías del balance energético también tiene gran importancia la tasa metabólica basal. Ésta es bastante estable en un individuo a lo largo del tiempo, pero se ralentiza gracias a la restricción de alimentos y se acelera mediante la práctica de ejercicio físico. De esta manera, los factores biológicos y conductuales interactúan entre sí determinando el peso y la cantidad de grasa de las personas (Saldaña, 1998).

La **teoría del punto fijo** (Keesy, 1980) trata de explicar porqué los obesos que han llevado a cabo numerosas dietas cada vez les resulta más difícil perder peso. Cada individuo tendría un peso ideal (*set point*) biológicamente programado y que mediante procesos reguladores se mantiene constante. Este punto fijo determinado por la herencia, podrá modificarse a través de la actividad física, la nutrición y la tasa metabólica. Así, un sujeto que mantenga de manera prolongada en el tiempo un balance energético positivo, podrá cambiar su punto fijo a un nivel superior, ganará peso y le será difícil restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo establecido (Saldaña, 1998).

La **hipótesis del genotipo económico** (*Thrifty genotype*), afirma que cuando las poblaciones debían enfrentarse a un medio con escasez de alimentos y a la necesidad de realizar largos desplazamientos caminado, “la selección natural determinó la supervivencia de los individuos con un genotipo económico, personas con organismos que gastan poco y almacenan eficientemente para los tiempos de escasez”(p.3). Actualmente, las personas que han heredado este genotipo económico, están recibiendo

un aporte calórico superior al que su cuerpo necesita para mantenerse, por lo que almacenan el resto de la energía que no necesitan desarrollando la obesidad (Quirantes, López, Hernández y Pérez, 2009).

La hipótesis del fenotipo económico (*Thrifty phenotype*) cuenta con menos respaldo que la anterior. Afirma que “*los niños con bajo peso al nacer tienen en la adultez un mayor riesgo de desarrollar obesidad si durante la infancia alcanzan un peso normal*”(p.4). A pesar de la privación nutricional en el útero, sobreviven porque tienen un fenotipo ahorrador de energía. En la edad adulta el aporte calórico es superior al que su cuerpo necesita, por lo que desarrollarían obesidad (Campillo, 2011; Quirantes y cols., 2009, p.4).

Mediante el **modelo conductual del aprendizaje**, se trata de explicar porqué el obeso mantiene la conducta de sobreingesta y sedentarismo, aun sabiendo que ello le lleva a ganar peso (aspectos que no explican las teorías anteriores). La ingesta, iría seguida a corto plazo de importantes y potentes refuerzos positivos (disminución del hambre, placer y satisfacción, eliminación de las rumiaciones y la urgencia de consumir, etc.) y efectos a largo plazo como el incremento de peso, el rechazo social y los problemas de salud. La actividad física iría acompañada de todo lo contrario. A corto plazo tendría contingencias negativas como fatiga, agujetas, etc. y a largo plazo efectos positivos como mejorar la condición física, pérdida de peso, mejora del estado de ánimo, etc. Las dietas, traerían a corto plazo efectos positivos (como la pérdida de peso unida a la aprobación social y al aumento de la autoestima) como negativos (como la renuncia a determinados alimentos, esfuerzo, etc.) y a largo plazo disminuiría la tasa metabólica y el gasto energético, lo que hace cada vez más difícil la pérdida de peso según Perkins, McKenzie y Stoney, 1987. De este modo las conductas emitidas por los sujetos se mantendrían por los reforzadores tanto a corto como a largo plazo que les siguen, siendo más potentes los que se reciben a corto plazo para el mantenimiento de las conductas (Saldaña, 1998).

El **modelo de los límites de la regulación de la ingesta** afirma que el consumo está regulado dentro de los límites del hambre y de la saciedad. Dentro de estos límites el organismo se encuentra en *zona de indiferencia biológica* o el consumo está regulado

por parámetros no fisiológicos, sino por factores sociales o externos como la disponibilidad de los alimentos, su sabor, etc. Cuando el consumo no es suficiente para mantener al organismo dentro de esta zona, se cae en *zona de hambre* o en su opuesto en la *zona de saciedad*, ambas aversivas (Saldaña, García, Sánchez y Tomás, 1994).

La **hipótesis de la externalidad** (Schachter, 1971) afirma que los obesos son “*relativamente insensibles a variaciones en sus correlatos fisiológicos de privación, pero altamente sensibles a señales externas relacionadas con la comida*” (p.618) por lo que su alimentación, está más controlada por factores externos que internos (Saldaña y cols., 1994b).

Autores como Allison y Heshka, 1993; Brunch, 1961; Kaplan y Kaplan, 1957; Robbins y Fray, 1980; y/o Ruderman, 1983, han estudiado los efectos de los estados emocionales sobre la ingesta, dando lugar a lo que se ha denominado **la hipótesis de la ingesta emocional**. Este modelo plantea que los obesos tienen dificultades para discriminar entre las respuestas emocionales y el hambre, por lo que comen de manera inadecuada. Además, dadas las cualidades reforzantes del alimento y su capacidad de reducir la emoción (al menos a corto plazo) esta conducta es mantenida en el tiempo (Saldaña, 1998).

El obeso se siente insatisfecho con su peso y le resulta difícil aceptarse a sí mismo. Además, existe un reproche social de su imagen personal. Como consecuencia, la comida ocupa un lugar importante de satisfacción de las necesidades personales y las relaciones sociales suelen desplazarse a un lugar menos prioritario. Sin embargo, los sentimientos son contradictorios. Por un lado encuentran placer y satisfacción en los alimentos, y por otro, los atracones u otros malos hábitos hacen sentir culpa, fracaso y tristeza. Los esfuerzos de los demás y sus consejos para motivarles para perder peso, pueden convertirse en agresiones, críticas y sentimientos de incomprensión, lo que les provoca mayor deseo y urgencia de consumir ciertos alimentos y de aislarse socialmente (Ocampo y Pérez, 2010).

Por último, existen autores que relacionan ciertos hábitos alimentarios con una posible **adicción a la comida**. Distinguen entre comer mucho, y ser adicto a la comida. Las diferencias fundamentales son que en el segundo caso, la ingesta de alimentos está

controlada más por refuerzos negativos (alivio del malestar) que por la gratificación o el placer por la comida, se come con voracidad, los alimentos prohibidos en la dieta son los preferidos durante el atracón y hay muchos pensamientos sobre la comida mientras se realizan otras actividades convirtiéndose en el eje central de la vida del adicto. Han encontrado que este patrón predomina en mujeres y tiende a cronificarse. Se estima una prevalencia entre las personas con sobrepeso entorno al 15%-30% (Echeburúa, 2000).

La obesidad es similar a otros trastornos adictivos, en los que se produce un consumo excesivo de determinadas sustancias (como el alcohol, tabaco u otras drogas) o ciertas conductas (como el juego), de manera incontrolada generando dependencia física y psicológica (Saldaña y cols., 1994b).

Saldaña y Bados (1988) plantean la similitud entre el problema de la obesidad y el de otras adicciones en lo referente a las recaídas. Es por ello que ven útil la utilización del modelo de Marlatt y Gordon (1980, 1985) y también las sugerencias de Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) para el tratamiento de esta enfermedad.

A través de estudios mediante resonancia magnética funcional, se han hallado en la conducta alimentaria adictiva, patrones similares de activación neuronal que en la dependencia de sustancias: *“activación elevada en el circuito de recompensa en respuesta a las señales de los alimentos y activación reducida de las regiones inhibitorias en respuesta a la ingesta de alimentos”* (Gearhardt y cols., 2011).

Este modelo es seguido por el Grupo de Comedores Compulsivos: *“Nuestra meta es abstenernos de comer compulsivamente día a día. Hacemos esto gracias al contacto personal diario, a las sesiones de grupo y al seguimiento del programa de doce etapas de Alcohólicos Anónimos. Solamente cambiamos las palabras <<alcohol>> y <<alcohólico>> por <<comida>> y <<comedor compulsivo>>* (Fairburn, 2011, p.151).

En contraposición, Fairburn (2011) afirma que no hay hechos que demuestren que el modelo de adicción pueda aplicarse a la ingesta compulsiva. Además, expone que de momento, no existe evidencia de que entre los comedores compulsivos sea más

común el abuso de drogas como el alcohol u otras sustancias como afirman algunas teorías.

En la actualidad, existe el debate de si incluir en el DSM-V “*la adicción a la comida*” como un nuevo trastorno dentro de los trastornos de adicción (Moreno y Tandon, 2011).

Como se ha puesto en evidencia, no existe una definición única de obesidad, sino múltiples definiciones, que se corresponden con diversas teorías etiológicas de la obesidad. Lo que es un hecho es que cuando intentamos definir esta enfermedad, tendremos que centrarnos en los distintos aspectos biopsicosociales de este problema (Vázquez y López, 2001).

1.1.3. Epidemiología

*“Dios creó hombres y mujeres,
pero no los hizo gordos.
La gordura fue sembrada y dispersada,
mayormente, por los hábitos de la sociedad actual”.*
Ravenna (2009b, p.80)

Estimar el número de sujetos que padecen la obesidad es una tarea compleja. Esta estimación depende de los criterios que se empleen para definir el sobrepeso y la obesidad así como de otros aspectos como el sexo, la edad, la raza o el nivel socioeconómico de las personas estudiadas. Estas dificultades quedan reflejadas en los diversos estudios epidemiológicos, que frecuentemente no son comparables entre sí, debido a que utilizan diferentes criterios de inclusión o clasificación del normopeso, sobrepeso u obesidad (Saldaña y cols., 1994b).

Lo que sí es un hecho es que la obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud la epidemia del siglo XXI (en el mundo occidental) por los problemas sanitarios que conlleva. Afortunadamente, en los últimos años las autoridades sanitarias han dejado de considerarla un problema fundamentalmente estético, y se han percatado de las múltiples complicaciones que acarrea a nivel médico-psicológico y social, dejando cada vez más de lado la idea del “gordito feliz, divertido y simpático” (Moreno, 2005).

La obesidad, está asociada a múltiples enfermedades (véase tabla 2), entre las que destacan las cardiovasculares. A mayor grado de obesidad, la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y mortalidad se ve incrementada (Basterra y cols., 2011; véase tabla 3).

CUADRO 2. Alteraciones asociadas a la obesidad (Salas y cols., 2007)

Enfermedades cardiovasculares arteriosclerótica
Cardiopatía isquémica
Enfermedad cerebrovascular
Otras alteraciones cardiorrespiratorias
Insuficiencia cardíaca congestiva
Insuficiencia ventilatoria
Síndrome de apneas obstructivas durante el sueño
Alteraciones metabólicas
Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2
Hipertensión arterial
Dislipenia aterógena
Hiperuricemia
Alteraciones de la mujer
Disfunción menstrual
Síndrome de ovarios poliquísticos
Infertilidad
Aumento de riesgo perinatal
Incontinencia urinaria
Digestivas
Colelitiasis
Esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis
Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato
Musculosqueléticas
Artrosis
Lesiones articulares
Deformidades óseas
Otras alteraciones
Insuficiencia venosa periférica
Enfermedad tromboembólica
Cáncer (mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia; varón: colon, recto y próstata)
Hipertensión endocraneal benigna
Alteraciones cutáneas (estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intertrigo)
Alteraciones psicológicas
Alteraciones psicosociales
Disminución de la calidad de vida
Trastornos del comportamiento alimentario

En relación a la asociación entre obesidad y mortalidad, Foz (2006) recoge los resultados de Flegal y cols. (2005) en los que dicho equipo, abre un debate sobre si el sobrepeso es nocivo para la salud basándose en los datos de la población norteamericana en los que asociaba el IMC con la mortalidad. Encuentran un aumento de la mortalidad en la población con peso inferior al normal (IMC inferior a 18.5) y en los sujetos obesos (IMC superior o igual a 30). Sin embargo, las cifras de mortalidad del grupo de sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9) fueron inferiores a las del grupo con peso normal (IMC entre 18.5 y 24.9). No obstante, hay que tener en cuenta que estos datos pertenecen a la población norteamericana y pueden no ser extrapolables a nuestro país, y que además, antes de considerar inocuo el sobrepeso, habría que tener en cuenta otros factores que pueden ser causas directas de mortalidad en obesos como las cardiopatías, las cuales han sido objeto de campañas sanitarias para luchar contra ellas en los Estados Unidos.

CUADRO 3. *Riesgo relativo de presentar comorbilidades mayores que confieren el exceso de peso y la distribución de tejido adiposo (Salas y cols., 2007)*

	IMC (kg/m ²)	Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura	
		Varones ≤ 102 cm	Varones > 102 cm
		Mujeres ≤ 88 cm	Mujeres > 88 cm
Peso normal	18.5-24.9	Ninguno	Ligeramente aumentado
Sobrepeso	25.0-29.9	Ligeramente aumentado	Aumentado
Obesidad	30.0-34.9	Aumentado	Alto
	35.0-39.9	Alto	Muy alto
Obesidad mórbida	≥ 40	Muy alto	Muy alto

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en España sigue en aumento como muestran distintos estudios como el DORICA o el estudio enKid (Salas y cols., 2007). La prevalencia de obesidad (IMC igual o superior a 30) pasó del 9.1% de cada 1000 habitantes en 1993 al 15% en 2006 o se produjo un incremento del 65%. Por otra parte, el aumento de la prevalencia de obesidad mórbida (IMC igual o superior a 40) fue más importante, pasando del 1.8% de cada 1000 habitantes en 1993 al 6.1% en el 2006 aumentando en más de un 200%. Este aumento se ha producido en ambos sexos, pero en mayor medida para la obesidad mórbida entre los varones, llegando a acercarse a las cifras de las mujeres. Estos datos, concuerdan con los de otros países occidentales como Estados Unidos (Basterra y cols., 2011).

Según datos de la SEEDO (2000), se estima una prevalencia de obesidad de 14.5% en la población española de 25 a 60 años. Esta prevalencia es algo mayor en mujeres (15.75%) que en varones (13.39%) siendo más acusada esta diferencia en la obesidad mórbida llegando la proporción al 0.7% de diferencia. Por otra parte, el 39% de la población se encontraba en sobrepeso (45% de los varones y 32% de las mujeres). Se ha observado como la obesidad aumenta con la edad tanto en varones como en mujeres, estando las proporciones más elevadas entre los 25 y 60 años (en la tabla 4, se recogen las prevalencias en función de los grupos de edad y del sexo en la población española). También se ha visto como la obesidad es significativamente más prevalente en grupos con nivel educativo menor, en los entornos rurales, en los entornos socioeconómicos más bajos (algunos autores plantean que es la obesidad la que lleva a un nivel socioeconómico menor, debido a que produce dificultades para conseguir trabajo, y que cuando se encuentra, los obesos perciben menor salario que los delgados y también porque tienen mayor problema para alcanzar el matrimonio; Saldaña y cols., 1994b) y dentro de España, en la zona de Galicia, Andalucía y Canarias (Aranceta y cols., 2000).

Este aumento de la obesidad en España, está siendo especialmente alarmante entre la población infantil, cuyos valores se han triplicado de un 4.9% en 1984 a un 16.1% en el 2000 entre los niños de 6 a 12 años según los datos del 2000 de la SEEDO (Palencia, 2006).

Para la población infantil y juvenil se ha encontrado una prevalencia de obesidad del 13.9% y un 12.4% de sobrepeso (26.3% de la población española de entre 2 y 24 años). En los chicos, las tasas de prevalencia más elevadas se encontraron entre los 6 y los 13 años y entre las chicas entre los 18 y los 24 (Aranceta, Serra, Foz, Moreno y Grupo Colaborativo SEEDO, 2005).

CUADRO 4. Prevalencia de la obesidad en España por grupos de edad y sexo
(Salas y cols., 2007)

	Varones (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Población infantil y juvenil			
2-9 años	16.3	11.6	14.0
10-17 años	18.5	9.1	13.9
18-24 años	12.6	14.9	13.7
Población adulta			
25-34 años	7.1	4.8	5.9
35-44 años	11.7	12.2	12.0
45-54 años	16.9	26.4	22.0
55-60 años	21.5	34.2	28.5
Población > 65 años			
Ancianos no institucionalizados	31.5	40.8	36.0
Ancianos institucionalizados	20.5	21.7	21.0

Respecto al resto de países, España se sitúa en un lugar intermedio respecto a la prevalencia de obesidad en población adulta. China, Japón y algunos países africanos presentan tasas entorno al 5% y Estados Unidos y otros países del este europeo las tasas pueden alcanzar el 20% (Aranceta y cols., 2005).

Ante la magnitud del problema, la Organización Mundial de la Salud en el 2004 reclamó una estrategia a nivel mundial para combatir la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

El desarrollo científico-técnico ha permitido una mejoría en las condiciones de vida, tanto a nivel laboral como doméstico. Este hecho, unido a insuficientes políticas de salud para contrarrestar estos cambios, propicia el incremento del sedentarismo. Esto sumado a unos malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad (Quirantes y cols., 2009).

Como afirma Campillo (2011), en la mitad del siglo XX, se produjo una revolución en las técnicas de producción y distribución de alimentos a través de la mecanización y planificación científica de la agricultura y la ganadería. Problemas históricos como el hambre y la desnutrición desaparecieron, en una parte del mundo, llegando a nuestras manos gran abundancia y variedad de alimentos, algunos de ellos muy calóricos y extremadamente apetecibles. Nos encontramos por tanto hoy en día con enfermedades que resultan de una incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestros organismo y el uso que damos al mismo. Hemos roto la regla de <<*moverse para comer y comer para moverse*>> (p.199). Consiste por tanto, en encontrar el camino para ponerse en paz con nuestro diseño evolutivo y conseguir que nuestros genes de la “Era Prehistórica” y nuestra forma de vida de la “Era Espacial”, estén en armonía para poder gozar de una vida más saludable, y si es posible, más feliz (Campillo, 2011, p.16).

A esto se añade, que en la población existe mucha desinformación sobre los hábitos de alimentación, especialmente sobre *cómo* comer (más que sobre *qué* comer) (Bersch, 2006). Por lo que se hace fundamental educar a las personas en temas referidos a la alimentación (Díaz, Armero, Calvo y Rico, 2002).

Parece que nos enfrentamos a un ambiente obesogénico, con factores externos que favorecen el aumento de peso y la obesidad. Según la mayoría de los expertos, dos serían las principales causas de la obesidad:

- Los hábitos alimentarios inadecuados. La alimentación actual no es equilibrada, variada, ni suficiente como podría ser la dieta mediterránea que está siendo abandonada y sustituida por la dieta anglosajona, menos saludable. Se ha aumentado la ingesta calórica un 19%, debido a una alimentación más rica en

grasas, especialmente saturadas, y más pobre en cereales, legumbres, frutas y verduras. También se están perdiendo hábitos saludables como el desayuno.

- La falta de actividad física. El ocio sedentario basado en la televisión y el ordenador y los entornos urbanos no favorecedores de la práctica de ejercicio físico, están haciendo que las personas cada vez sean más sedentarias y en especial la población infantil (Garaulet y Pérez, 2010; Palencia, 2006).

Campillo (2011) afirma que son cinco las circunstancias alimentarias de los países desarrollados que provocan la obesidad y el sobrepeso: el exceso de calorías, el abuso de hidratos de carbono rápidos (dulces), la carencia de fibra vegetal, el exceso de grasas saturadas y de grasas trans, la presencia de tóxicos y contaminantes químicos en los alimentos y el embudo alimentario. Destaca que cada vez comemos más cantidad, pero de menor número de alimentos. Este fenómeno de “*embudo alimentario*” (p.215) tiene repercusiones graves para nuestra salud y llega a ser especialmente grave en los niños y adolescentes.

Por otra parte, también se ha encontrado mayor riesgo de padecer obesidad entre las personas que han dejado el hábito del tabaco (Aranceta y cols., 2005) y entre aquellas que tienen un sueño insuficiente, siendo la obesidad un factor de riesgo para padecer el síndrome de apnea del sueño y una excesiva somnolencia diurna (Vela, Olavarrieta y Fernández, 2007).

La actual epidemia de obesidad es un grave problema sanitario. La lucha contra la obesidad, especialmente en su prevención en la población infantojuvenil, debe proseguir en nuestro país a través de la implementación de programas o estrategias que intervengan de forma global en todos los ámbitos implicados en la etiología y mantenimiento de este problema (Foz, 2006).

La estrategia NAOS en el 2005 (sobre nutrición, actividad física y prevención de la obesidad; véase tabla 5) en España impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, ha convertido a nuestro país en el más pionero a nivel europeo en la lucha contra la obesidad. Esta estrategia tiene dos objetivos fundamentales: por una parte el fomentar una alimentación

saludable, y por otra promover una mayor actividad física. En resumen, este programa consta de cuatro ámbitos de intervención: 1) familiar y comunitario, 2) educacional, 3) empresarial y 4) sanitario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

**CUADRO 5. *Objetivos de la estrategia Nutrición, Actividad Física y
Prevención de la Obesidad (NAOS) (Salas y cols., 2007)***

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población. Estas políticas deberán ser sostenibles, integrales y buscar una amplia participación en la sociedad.2. Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.3. Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.4. Estimular la práctica de actividad física regular en la población, y especialmente en los escolares.5. Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.6. Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.7. Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la estrategia. |
|---|

1.1.4 Obesidad en la mujer

“Se puede sustituir el <<alimento espiritual>> por <<alimento material>>, el cuál sólo provoca el <<ensanchamiento del cuerpo>>. Si el hambre de vida no se sacia con experiencias, pasa al cuerpo y se manifiesta como hambre a la comida. Y es un hambre que no puede saciarse, ya que el vacío interior no puede llenarse con comida”.

(Dethlefsen y Dalhlke, 2008, p.279)

La obesidad se ha convertido en todos los países desarrollados en un destacado problema de salud pública y puede considerarse una verdadera epidemia. Entre las mujeres se da con mayor prevalencia que entre los hombres, y además de ser un factor de riesgo cardiovascular, en la mujer se asocia a un mayor riesgo de cáncer de mama y de endometrio, a poliquistosis ovárica e infertilidad femenina. Por otra parte, la mujer tiene gran presión respecto a los valores estéticos y presenta componentes emocionales importantes en relación a la comida (Riobó, Fernández, Kozarcewski y Fernández, 2003).

Existen numerosas teorías sociales y biológicas acerca de porqué la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los varones. Una de las hipótesis es que los hombres cuentan con mayor tasa metabólica y mayor proporción de masa corporal magra (metabólicamente más activa). Además, plantea que los varones suelen ser físicamente más activos que las mujeres (queman más calorías por kilogramo que las mujeres), con lo que reducen su tasa de aumento de peso si se alimentan excesivamente (Shaw y cols., 2008).

En concreto, se consideran a las mujeres mayores de 45 años uno de los principales grupos de riesgo para la obesidad, especialmente aquellas con nivel educativo y socioeconómico bajo. También se ha observado que las mujeres con mayor número de hijos son obesas con más frecuencia (Aranceta y cols., 2005).

El embarazo se asocia con un aumento del peso corporal en la mujer. Según el estudio de Abrams, Altman y Pickett (2000), se estima que este aumento de peso oscila entre los 0.5 y los 2.4 kilogramos (kg.) por parto. Riobó y sus colaboradores (2003), encontraron que un 73% de mujeres obesas refirieron un aumento de peso mayor a 10

kg. tras el parto (Riobó y cols., 2003). Por otra parte, Rooney y Schauburger (2002), encontraron que aquellas mujeres que engordaban mucho durante el embarazo o que no adelgazan (y alcanzan otra vez su peso) después de dar a luz, tenían más probabilidades de tener problemas de peso durante muchos años.

Los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona que se producen en el ciclo menstrual de la mujer, parece ser que afectan a la ingesta energética, a la preferencia por comidas ricas en grasas o en carbohidratos y al gasto energético. Muchos estudios han encontrado incrementos pequeños pero significativos de ingesta en la fase luteal respecto a la fase folicular, aunque estos cambios no está claro si pueden ser debidos a variaciones en la actividad física. Además, parece que se prefieren ciertos macronutrientes. En roedores se ha encontrado que en la fase folicular había preferencia por el dulce y en la fase luteal por alimentos grasos (sin embargo estos hallazgos no están claros en mujeres). Por último, parece que a lo largo del ciclo menstrual el gasto energético es más elevado en la fase luteal (Riobó y cols., 2003). Lo que parece seguro es que las hormonas sexuales influyen en el equilibrio energético. No obstante, hoy en día sigue habiendo lagunas sobre las vías por las que estas hormonas ejercen su influencia (Puerta, 2005).

Riobó y cols. (2003), recogen el trabajo de Heymsfield, Gallagher, Poehlman y cols. en el que estos autores analizaban los cambios en la ingesta y el aumento de peso de las mujeres que se encontraban en la etapa de la menopausia. Los resultados de este estudio mostraban cómo las mujeres en edad de climaterio, aumentaban la ingesta en unas 100 kilocalorías (kcal.) y disminuían la actividad física de forma diaria, lo que les dejaba en un balance energético positivo de unas 300 kcal. al día.

Por otra parte, el cambio más importante que se produce en la menopausia es el cambio en la distribución de la grasa en el cuerpo, convirtiéndose en una obesidad de tipo abdominal o androide que aumenta el riesgo metabólico y cardiovascular. La disminución de los estrógenos y el aumento de andrógenos propio de la menopausia, hacen que la acumulación del tejido adiposo se produzca en el abdomen en vez de en la zona de la cadera y los muslos (Reforzo y Rocca, 1989).

Por último, algunos estudios demuestran cómo el sobrepeso y la obesidad aumentan los síntomas climatéricos (Fernández y cols., 2010) y empeoran la calidad de vida general de las mujeres en su segunda etapa de la vida (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, <http://www.aeem.es/noticias/102.pdf>). A nivel de intervención, Ostrowska y Lech (2005), compararon la eficacia de un programa de intervención multidisciplinal de pérdida de peso en un grupo de mujeres premenopáusicas y menopáusicas respecto a otro grupo formado por mujeres jóvenes (18-44 años). La mejoría fue mayor en el grupo de mujeres jóvenes y plantearon la importancia de aumentar la motivación para la adherencia al tratamiento de las mujeres en climaterio y la posibilidad del uso de la Terapia Hormonal Sustitutiva para mejorar los resultados.

La obesidad es el principal factor de riesgo implicado en el síndrome metabólico (síndrome caracterizado fundamentalmente por el aumento de la grasa abdominal, resistencia a la acción de la insulina, dislipenia, elevada presión sanguínea y aumento del estado proinflamatorio y protrombótico). La prevalencia de este síndrome es muy alta entre la población femenina, y aumenta aun más, entre las mujeres menopáusicas (gracias a la posible ganancia de peso que experimentan las mujeres en este período y a la redistribución de la grasa corporal a un tipo más andrógino). La relación existente entre las hormonas sexuales y el síndrome metabólico es controvertida debido a que existe una relación muy estrecha entre las enfermedades metabólicas y las cardiovasculares. Es por ello que se necesitan más estudios para hayar los mecanismos por los que las mujeres desarrollan estos cambios metabólicos en la menopausia (Alonso, Llaneza y González, 2008).

La obesidad es factor de riesgo de algunas neoplasias. Las mujeres obesas tienen más riesgo de padecer carcinoma de endometrio, mama, ovario, cerviz, vesícula y vías biliares. De forma más específica, la ganancia de peso y la obesidad abdominal aumentan el riesgo de cáncer de mama en la posmenopausia (Riobó y cols., 2003).

Coincidiendo con el caso de los hombres, la obesidad influye directamente en la aparición de la diabetes mellitus de tipo 2. Se ha demostrado una relación directa entre el IMC y la posible existencia de diabetes. De este modo, a mayor IMC, mayor prevalencia de diabetes. Por otra parte, el riesgo coronario se eleva a medida que

aumenta el IMC, especialmente en la obesidad androide o abdominal (aumento de la circunferencia de la cintura y del índice cintura/cadera). Las personas obesas también tienen más riesgo ante las intervenciones quirúrgicas ya que suelen tener más complicaciones anestésicas y pulmonares posquirúrgicas. Por último, la sobrecarga en las articulaciones durante tiempo prolongado, se ha relacionado con artrosis de rodillas y caderas que pueden llegar a convertirse en incapacitantes (Riobó y cols., 2003).

Respecto a los problemas psicológicos, existen estudios que encuentran que a mayor grado de obesidad, mayor grado de psicopatología en las mujeres (Azarbad y Gonder, 2010), otros sin embargo, no encuentran esta relación (Papelbaum, Moreira, Gaya, Preissler y Coutinho, 2010). Aun así, para poder llevar a cabo la mejor intervención posible, es importante hacer una evaluación de la psicopatología asociada a las mujeres obesas y de los posibles desórdenes de la conducta alimentaria que puedan manifestar, especialmente en el caso de las mujeres jóvenes con obesidad (Darby, Hay, Mond, Rodgers y Owen, 2007).

Los estudios son contradictorios respecto al nivel de autoestima de los obesos. Algunos estudios encuentran que los obesos tienen niveles de autoestima adecuados (Lorence, 2008), mientras que otros encuentran niveles de baja autoestima en pacientes con obesidad (Bravo, Espinosa, Mancilla y Tello, 2011; Delgado y cols., 2002). Por otra parte, algunos autores plantean que la baja autoestima puede ser causa y efecto de la obesidad y que la baja autoestima es más probable entre mujeres obesas que entre los hombres con obesidad (Díaz y Díaz, 2008).

Para concluir, nuestra cultura actual exige un modelo ideal de figura corporal (especialmente a las mujeres, Azarbad y Gonder, 2010; Vera, 1998), imposible de alcanzar para la gran mayoría. Este modelo irreal genera insatisfacción, culpa y estrategias muchas veces inadecuadas de control de peso (entre ellas las famosas dietas). Esta mayor presión hacia el sexo femenino, puede ser la causa de que las mujeres consulten con mayor frecuencia que los hombres las clínicas para reducir su peso (Bersh, 2006). Hay autores que estiman que el 85% de las consultas a estas clínicas son llevadas a cabo por mujeres (Vázquez y López, 2001).

1.1.5. Sexualidad y relación de pareja en la obesidad

*“Cuando uno se vincula sólo con objetos,
está dejando de lado el mundo del cuerpo y de los sujetos”*

(Ravenna, 2009b, p.104)

Numerosos artículos asocian la obesidad con un peor funcionamiento sexual (Bond y cols., 2011; Castellini y cols., 2010; Duval y cols., 2006; Esposito y cols., 2007; Kim, Kang, Kim y Youn, 2006; Kolotkin y cols., 2008; Llaneza y cols., 2007; Lucio, 2010; Morín, 2008; Ostbye y cols., 2011; Pearson, 2006; Shah, 2009; Trischitta, 2003; Werlinger, King, Clark, Pera y Wincze, 1997; Woodward, 2002), especialmente en el caso de los obesos con trastorno por atracón compulsivo (Castellini y cols., 2010) y en el caso de las mujeres (Kolotkin y cols., 2006; Ostbye y cols., 2011; Pearson, 2006). En general, se ha visto que a mayor IMC, mayor deterioro de la calidad de vida sexual (Pearson, 2006).

Según investigadores del Instituto francés de Salud y la Investigación Médica, la obesidad afecta de manera importante a la vida sexual. Tras evaluar a 10170 franceses con edades comprendidas entre los 18 y los 69 años a través de una entrevista telefónica, encontraron que las mujeres obesas habían tenido significativamente menos encuentros sexuales en los últimos 12 meses que las mujeres en normopeso. Además, estas mujeres consideraban el sexo una parte poco importante de su bienestar personal. Por último, la tasa de embarazos no deseados era cuatro veces más alta entre las mujeres obesas y eran menos propensas a usar métodos anticonceptivos (Lucio, 2010). A la luz de estos resultados, los profesionales de la salud, tendrán que tener en cuenta estos aspectos a la hora de prevenir los embarazos no deseados entre las mujeres con sobrepeso (Bajos, Wellings, Laborde, Moreau y CSF Group, 2010). Por otra parte, existen otros estudios que no encuentran que las personas con sobrepeso u obesidad, tengan más conductas de riesgo en las relaciones sexuales que puedan ocasionar ciertas enfermedades como el cáncer de cuello de útero o del papiloma humano (Wee, Huang, Huskey y McCarthy, 2008).

Llaneza y cols. (2007), realizan un estudio en el que comparan la calidad de vida sexual en mujeres postmenopáusicas con o sin obesidad. Encuentran un mayor deterioro de la vida sexual (falta de deseo sexual, falta de disfrute en las relaciones sexuales y baja frecuencia de encuentros sexuales) en las mujeres con obesidad.

Por otra parte, Huang, Stewart, Hernandez, Shen y Subak (2009), realizaron un estudio en el que administraban un tratamiento conductual para la reducción de peso en mujeres obesas (o con sobrepeso) con incontinencia urinaria. Se evaluó su función sexual antes y después de la reducción de peso. Observaron que las disfunciones sexuales eran frecuentes entre las mujeres con sobrepeso u obesidad con incontinencia urinaria y que la gravedad de su disfunción, no estaba relacionada con la gravedad de su obesidad o de su incontinencia. Además, tras la intervención (o con la bajada de peso) su función sexual no mejoraba respecto a las mujeres de un grupo control.

Autores han encontrado que el 60% de las mujeres que buscan cirugía bariátrica tienen problemas en su función sexual (Bond y cols., 2011). Morín (2008), explica como el sobrepeso y la obesidad influyen en el autoconcepto y el funcionamiento sexual duplicando el riesgo de padecer disfunciones sexuales. Este autor, encontró que los obesos tenían más dificultades para expresar sus sentimientos y necesidades a sus parejas y sentían menos satisfacción y más culpa en las relaciones sexuales. En contraposición, hay autores que no encuentran mayor prevalencia de disfunciones sexuales en personas con obesidad (Kadioglu y cols., 2010; Sánchez, Gómez y Guerra, 1999; Yaylali, Tekekoglu y Akin, 2010).

Por otra parte, la obesidad conlleva una serie de problemas médicos relacionados con la salud sexual. Uno de los problemas asociados a la obesidad es la disminución de la fertilidad tanto en el hombre como en la mujer (Pesant, Wunder, Pralong y Giusti, 2010; Ramlau y cols., 2007; Wilkes y Murdoch, 2009). La infertilidad es casi tres veces mayor en mujeres obesas que en mujeres con normopeso (Ferrando y Bellver, 2008). Según algunos estudios, una bajada del 5% al 10% de la masa corporal aumenta las posibilidades de recuperar la fertilidad (JANO.es, 2010).

Se ha visto que el exceso de peso influye en las mujeres en su ovulación, dando lugar a ciclos irregulares e incluso a su desaparición. También en las mujeres el exceso

de peso está relacionado con el síndrome de ovario poliquístico e hirsutismo. En las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, se ha encontrado que la obesidad afecta a la evolución del embarazo haciendo más probables abortos espontáneos y dificultades en la gestación (JANO.es, 2010; Ferrando y Bellver, 2008).

Por otra parte, como ya se comentó, las personas con obesidad tienen mayores riesgos de sufrir diabetes (las mujeres diabéticas pueden sufrir diversas disfunciones sexuales como la pérdida de deseo sexual o el dolor coital), depresión, incontinencia urinaria, problemas óseos y musculares, lo que puede dificultar las relaciones sexuales y el disfrute sexual (López, 2010).

Dentro de la salud general del individuo, la sexualidad es una pieza clave para el bienestar físico y mental. El tratamiento de la obesidad, puede tener efectos muy positivos en la salud sexual de la mujer, ya que puede que mejoren ciertas disfunciones sexuales y ciertos aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la fertilidad y la menopausia (Shah, 2009).

Respecto a los aspectos de pareja, se ha visto que las personas con normopeso tienen más probabilidades de alcanzar el matrimonio que las personas con sobrepeso y obesidad (Averett, Sikora y Argys, 2008). Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad es más probable entre las personas casadas (Averett y cols., 2008; Janghorbani y cols., 2008; Lipowicz, Gronkiewicz y Malina, 2002). Además, normalmente en parejas que conviven juntas o están casadas los dos miembros de la pareja, suelen aumentar de peso a la par (Hippisley, Coupland, Pringle, Crown y Hammersley, 2002; The y Gordon, 2009). Por último, Umberson, Liu y Powers (2009) hallaron que los cambios en el estado civil (divorcio o viudedad), producen más variaciones de peso que el llegar al matrimonio.

Respecto a las diferencias de género, al igual que en el funcionamiento sexual, también han encontrado que las relaciones de pareja se ven más afectadas en el caso de las mujeres obesas que en el de los hombres (Boyes y Latner, 2009). Las mujeres obesas, tienen más problemas para tener una pareja sexual que las mujeres en normopeso (López, 2010). Este autor, recoge los resultados de un estudio hecho en Francia en el que entrevistaron a 10000 mujeres de entre 18 y 69 años y hallaron que las

mujeres obesas tenían un 30% menos de posibilidades de tener una pareja sexual en el último año, cosa que no pasaba con los hombres. También recoge lo expuesto por el doctor Kate Wellings: *“Muchas mujeres son más tolerantes respecto a sus esposos rellenitos que los hombres de mujeres entradas en kilos”*.

Como afirma Ravenna (2009b, p.81): *“Los hombres sufren poco, a “pesar” de pesar muchos kilos. Las mujeres sufren mucho “pesar”, por aumentar poco peso”*.

Fairburn (2011) afirma que algunos sucesos estresantes pueden influir en el curso de la ingesta compulsiva. Las relaciones interpersonales y de pareja, puede influir tanto positivamente en el paciente (aumentando su autoestima, reducir las preocupaciones sobre el peso, etc.) como negativa ante discusiones y/o rupturas.

Por otra parte, varios estudios han encontrado que abusos sexuales y físicos durante la niñez, pueden hacer más probable el desarrollo de la obesidad en la vida adulta, sin embargo, hay estudios que no muestran relación entre estas variables por lo que se necesitan más estudios para probar o no esta asociación (Adolfsson, Elofsson, Rössner y Undén, 2004; Bentley y Widom, 2009; D'Argenio y cols., 2009; Felitti, 1993).

También se ha investigado la posible relación entre la violencia doméstica y el sobrepeso y la obesidad. Kathryn y Li (2011), llevaron a cabo un estudio con mujeres egipcias de entre 15 y 49 años. Encontraron que la violencia sexual, psicológica y física afectaba a los niveles de obesidad de las mujeres, siendo la violencia sexual la que más influía (por delante de la violencia física o sexual y la violencia psicológica, física o sexual respectivamente). También investigaron la frecuencia de las agresiones, siendo mayor la asociación con la obesidad la frecuencia de 3 o más agresiones físicas o sexuales y 3 o más agresiones psicológicas, físicas y sexuales respectivamente. Una posible hipótesis es que la comida puede usarse como estrategia de afrontamiento ante situaciones de estrés mantenido en el tiempo, eso sí, en países en los que hay accesibilidad de alimentos o mujeres que tienen disponibilidad de alimentos. Todavía son necesarios más estudios al respecto (Kathryn y Li, 2011).

Otro posible factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad parece ser la orientación sexual. En la mayoría de los estudios, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen más probabilidades de tener sobrepeso y obesidad que las mujeres heterosexuales (Boehmer y Bowen, 2009; Boehmer, Bowen y Bauer, 2007; Struble, Lindley, Montgomery, Hardin y Burcin, 2010), por lo que algunos autores manifiesta la necesidad de tener en cuenta estos datos para crear programas preventivos y de tratamiento específicos para esta población (Roberts, Stuart y Oppenheimer, 2010; Struble y cols., 2010).

También se ha encontrado que tienen peor pronóstico para el tratamiento los obesos que comprueban partes de su cuerpo o las evitan (Latner, 2008). Por ello cada vez son más estudios que enfatizan la importancia que podría tener el tratamiento de la imagen corporal durante o después de las intervenciones, (Mond y cols., 2007).

Algunos autores postulan que la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad. Afirman que hay pacientes obesas que permiten el incremento de peso llegando a perder la forma del cuerpo femenino, como una forma de protegerse o evitar distintas amenazas (Bersh, 2006; Nardone, Verbitz y Milanese, 2011; Ravenna, 2009b; Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006). Según describe Rodin (1992): *“La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional”* (Rodin, 1992, extraído de Bersh, 2006, p.539).

Nardone y cols. (2011) afirman que los pacientes con problemas de peso pueden ser representados como <<alcachofas>>, al igual que este vegetal que protege su corazón bueno y tierno con sus hojas duras y espinosas, las personas con problemas de alimentación utilizarían su gordura como caparazón o protección ante las relaciones interpersonales y el mundo exterior.

Kaplan (1982) afirma que la falta de deseo puede ser aprendida: *“aprendemos a inhibir el deseo en situaciones que evocan contingencias negativas, y aprendemos también a dejarlo emerger cuando el contexto es <<seguro>>”* (p.114).

Los cambios en la apariencia física de las mujeres obesas son incuestionables. Como afirma Ravenna (2009b, p.80): *“Pero, estén felices o no con su gordura, se generan cambios muy visibles en sus características físicas: en las mujeres, las curvas desaparecen y los pechos se confunden con la panza. Esto da como resultado una ambivalencia llamativa, ya que la mujer con mucha gordura a veces parece masculinizarse”*.

Sobre todo en casos de obesidad mórbida, la falta de actividad física y sexual debido al exceso de peso, junto con las limitaciones para poder realizar otras actividades de ocio y el aislamiento, supone una importante disminución de refuerzo de las mujeres obesas, que puede repercutir en su estado de ánimo, así como mermar su calidad de vida en general (Monterrubio y Iruarrizaga, 2001).

Cuando los pacientes llegan a su peso saludable, por lo general, su estado de ánimo mejora, así como su autoestima y autoconfianza, lo que les hace personas más disponibles y atractivas de cara a los demás y más abiertas a posibles relaciones. Como señalan Cabello y Ávila (2009): *“(...) juega un papel importante el estado de ánimo, la seguridad de poder lograr cosas que antes no pensaban podrían hacer y que puede ir desde simplemente poder correr, conseguir un trabajo o tener la posibilidad de elegir a sus parejas (...)”* (p.95), *“Yo me vestía conforme a mi peso, no me vestía conforme a lo que yo quería, la mayoría de mi ropa antes, era para esconder mi cuerpo, ahora es para lucirlo, pero es para que se vea un poco lo que tanto esfuerzo me ha costado”* (p.97).

Otro testimonio recogido en el libro de Ravenna (2006, p.126): *“Hoy puedo elegir ropa, cortes de pelo, sillas, etc., y puedo reelegir o recontractar muchas cosas; puedo usar el color negro porque me gusta y no porque disimula; si un día de sol prefiero quedarme adentro leyendo es porque realmente lo prefiero y no porque no quiero que me vean en malla; cuando me compro ropa cara es porque lo vale y no porque los talles grandes cuestan siete veces más. Pude reencontrarme con mi femineidad”*.

Para concluir, como afirman Duval y cols. (2006), el impacto de la obesidad sobre la calidad de vida no se limita sólo a la movilidad y al nivel de actividad. La

obesidad influyen en otras áreas de la calidad de vida como el estado emocional, la higiene, las relaciones sociales, la vida sexual, etc.

Por tanto, el tratamiento de la obesidad o la bajada de peso, tendrá efectos muy positivos en la calidad de vida de las mujeres obesas y dentro de las áreas de estas mujeres, ejercerá una influencia muy beneficiosa en su salud sexual (Bond y cols., 2011; Kim y cols., 2006; Kolotkin y cols., 2008; Shah, 2009; Werlinger y cols., 1997; Woodward, 2002) y calidad de vida en pareja, a excepción de las parejas que estuvieran ya mal antes de la intervención o de la reducción de peso (Rand, Kuldau y Robbins, 1982), aunque algunos estudios no encuentran mejoría en la relación de pareja con la bajada de peso e incluso afirman que los problemas maritales no interfieren en la pérdida de peso (Black, 1998).

1.2. Intervención en obesidad

“Aunque esto no se produzca sin dolor: se trata, nada más ni nada menos, de eludir el contagio de la nada, es la comodidad de un vértigo”

E. Cioran

1.2.1. Aspectos previos

La obesidad es un problema relativamente reciente. En la historia de la humanidad, el obeso no ha sido considerado un “enfermo” hasta hace poco tiempo. En 1985 tuvo lugar la primera conferencia de consenso sobre las repercusiones de la obesidad en la salud. Se llevó a cabo en Estados Unidos y en ella se remarcaron los efectos perjudiciales de la obesidad en la salud y la necesidad de tratamiento para aquellas personas que tuvieran un sobrepeso superior o igual al 20 por 100 (Saldaña, 1998).

A pesar de que para algunos autores la obesidad mórbida es una enfermedad crónica que actualmente no tiene curación (Rubio, 2007), se han utilizado diferentes estrategias para tratar la obesidad, como las dietas, el ejercicio físico, la terapia conductual, los fármacos y la cirugía. A la hora de elegir un tratamiento u otro, será fundamental evaluar los riesgos que la obesidad conlleva para la persona y sopesarlos con los posibles problemas que comporte el tratamiento (Bray, 2007). Algo esencial es que en el tratamiento de la obesidad, serán pilares fundamentales tanto un plan de alimentación como un plan de actividad física que permitan conseguir un balance energético negativo (Salas y cols., 2007).

La **práctica de ejercicio físico** tiene beneficios incuestionables (véase tabla 6). Su práctica aislada no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso (Caudwell, Hopkins, King, Stubbs y Blundell, 2009; Salas y cols., 2007) pero se ha visto que la inclusión de la práctica de ejercicio dentro de los programas multidisciplinarios aumenta los resultados positivos de la intervención (Fossati y cols., 2004). Normalmente el obeso lleva una vida sedentaria y manifiesta escaso interés o habilidad para la actividad física. Por ello, se recomienda comenzar con un plan de actividad física lento pero progresivo

con objetivos secuenciales. También conviene como primer cambio, reducir el sedentarismo mediante las actividades físicas cotidianas como subir escaleras, ir andando en los desplazamientos cortos, etc. La Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) hace dos recomendaciones básicas: realizar de 45-60 minutos de actividad física diaria para prevenir que las personas con sobrepeso evolucionen hacia la obesidad; dedicar 60-90 minutos diarios de actividad física moderada para evitar la recuperación del peso perdido en la etapa de mantenimiento (Salas y cols., 2007).

Leija y cols. (2011) realizaron un estudio de 3 meses de duración en el que trataron de ver las diferencias entre dos tratamientos para la obesidad a nivel de cambio de hábitos, pensamientos y actitudes. El estudio tenía un diseño pretratamiento-postratamiento, cuasi-experimental y aleatorio simple. Los participantes se repartieron de forma aleatoria en dos grupos, uno de terapia cognitivo-conductual (TCC) y otro de ejercicio sistematizado. Ambos con apoyo nutricional. La muestra inicial fue de 60 individuos con obesidad en grado I y II, entre los 18 y 60 años de edad y de ambos sexos. Para la valoración de los resultados, se aplicó el Cuestionario de sobreingesta alimentaria de O'Donnell y Warren (2007) (antes y después del tratamiento). Los resultados mostraron que la terapia cognitivo conductual grupal dirigida a la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física, es más útil para modificar las "*estructuras cognitivas profundas*" que han llevado y mantienen el problema de la obesidad e incide en un mayor cambio en los hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad. Estos resultados también los encontraron en otros estudios este mismo equipo como los de Aguilera y cols. (2001).

Algunos estudios han investigado como la práctica de ejercicio va más allá de la pérdida de calorías en la bajada de peso, pudiendo mejorar aspectos psicológicos como la autoeficacia, el autocontrol (Annesi, 2011; Annesi y Gorjala, 2010; Annesi, Unruh, Marti, Gorjala y Tennant, 2011; Vieira y cols., 2011) o también la autoestima (Anessi, 2010) que por otra parte también ayudan a la pérdida de peso (Shin y cols., 2011).

CUADRO 6. Beneficios de la realización de actividad física
(Salas y cols., 2007)

- Favorece la pérdida de peso junto a un programa de alimentación adecuado
- Ayuda a mantener el peso perdido
- Contribuye a la prevención del sobrepeso y la obesidad, tanto en niños como en adultos
- Mejora el perfil lipídico (disminución de las concentraciones de triglicéridos y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, e incremento de los valores de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad)
- Mejora la sensibilidad a la insulina, el metabolismo de la glucosa y el control metabólico de las personas con diabetes
- Previene las enfermedades cardiovasculares
- Mantiene la integridad de la densidad ósea
- Mejora el control de la presión arterial en personas hipertensas
- Tiene efectos psicológicos positivos: aumenta la autoestima, disminuye la ansiedad y la depresión
- Disminuye el riesgo de enfermedad biliar asintomática
- Disminuye el depósito de grasa abdominal
- Mejora la capacidad respiratoria

Respecto a las **dietas**, su seguimiento puede tener ciertos riesgos. Por lo general, el seguimiento de dietas conlleva pérdidas de peso escasas y que normalmente se mantienen durante muy poco tiempo. Estos ciclos repetidos de pérdida y ganancia de peso que sufren muchos sujetos obesos, puede acarrear ciertos riesgos físicos. Estos ciclos son fruto de períodos de restricción alimentaria seguidos de períodos de poco control sobre la ingesta, como consecuencia del seguimiento de dietas que en algunos casos puede convertirse en una verdadera <<adicción>>. Por otra parte, respecto a las consecuencias psicológicas negativas del seguimiento de dietas, todavía no se han encontrado resultados definitivos (Saldaña y cols., 1994b).

Polivy y Herman (1992) desarrollaron un programa para ayudar a las personas obesas a dejar de hacer dieta. El programa constaba de 10 sesiones (grupales, semanales y de 2 horas de duración) que perseguía 4 objetivos fundamentales: aumentar la conciencia de los sujetos sobre la restricción de alimentos y sobre sus consecuencias; poder dejar las dietas si lo deseaban; aumentar el contacto con sus cuerpos y emociones; y sustituir los patrones alimentarios desadaptativos por otros más equilibrados. Tras 6

meses de seguimiento, las mujeres mejoraron su autoestima, disminuyeron los síntomas depresivos, mejoró la conducta alimentaria y disminuyó la restricción. La insatisfacción corporal y el peso no variaron (Saldaña y cols., 1994).

Por tanto, se trata de cambiar hábitos en los pacientes y sobre todo de mantener estos cambios a lo largo del tiempo. Lo importante es enseñar a los pacientes unos hábitos alimentarios correctos y saludables que puedan mantener durante toda su vida. Es por ello, que no todas las dietas valen para todos los pacientes, aunque se hayan mostrado eficaces para la pérdida de peso. Lo mismo ocurre con el ejercicio físico. El objetivo de la terapia de comportamiento será instaurar programas de ejercicio adaptadas al paciente, mediante metas alcanzables e individualizadas. Como afirman Hill y Wyatt (1999), la mayoría de los obesos recuperan el peso perdido por razones ambientales y no fisiológicas, debido a que vivimos en una sociedad “tóxica” que promueve la ingesta energética y desanima la práctica de ejercicio (Garaulet, 2006).

Para cambiar hábitos de manera duradera, afirma Nardone (2009): se tendrán que activar sutiles recursos psicológicos para “*canalizar el placer de la comida hacia la construcción de un sano equilibrio psicofísico*” (p.69).

Como se pone de manifiesto en los párrafos anteriores, una de las dificultades más acusadas a la hora de abordar la obesidad es la **adherencia** a los tratamientos. La baja adherencia de los pacientes obesos, causa frustración entre los profesionales y puede interferir en la relación e intervención clínica. Hacer responsable al paciente de su tratamiento mediante técnicas motivacionales y la comunicación empática, marcar objetivos progresivos y realistas, reforzar los logros conseguidos, mejorar la autoeficacia, reconceptualizar los fracasos, validar al paciente etc., resulta básico para el éxito terapéutico (García, Rodríguez y de Cos, 2010).

Los problemas prácticos como dificultades en el trabajo, los problemas familiares, dificultades de desplazamiento, la mala gestión del tiempo, etc. y psicológicos como la falta de alianza con los profesionales, la falta de motivación, la insatisfacción con los resultados, sentimientos de abandono por parte de los profesionales, etc. suelen ser las principales causas del abandono de los tratamientos (Brosens, 2009; Grossi y cols., 2006).

Garaulet, Pérez, Zamora y Tébar (1999) coinciden con otros autores y encuentran como primeras causas de abandono de las dietas de adelgazamiento: los períodos de vacaciones; la búsqueda de dietas rápidas o tener metas poco realistas respecto al tiempo invertido y los resultados de bajada de peso; y causas sociales como una vida social muy activa, tener comidas de trabajo, etc.

Si consideramos un éxito el mantener un peso inferior al 10% inicial a lo largo de un año, las investigaciones recientes encuentran que sólo un 20% de los sujetos con sobrepeso tiene éxito tras la intervención (Garaulet, 2006). Aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y bajan de peso, recuperan el peso inicial en un año y prácticamente todos al cabo de cinco años debido a que no se produce un cambio en el estilo de vida persistente. La resolución de estas barreras prácticas y psicológicas resulta fundamental para mejorar la adherencia a las intervenciones (Brosens, 2009).

Algunas de las estrategias que se están llevando a cabo para mejorar estos resultados son: la provisión de alimentos durante el mantenimiento; cambiar las expectativas poco realistas y generar otras más realistas que aumenten la autoconfianza; llevar a cabo programas de mantenimiento para seguir dando apoyo; dar estrategias para prevenir las recaídas; aumentar la duración de los programas de mantenimiento; seguimientos a través de internet; fomentar la comida saludable de mantenimiento (Garaulet, 2006) y el ejercicio físico (Anderson, Konz, Frederick y Wood, 2001; Garaulet, 2006; Glenny, O'Meara, Melville y cols., extraído de Saldaña, 1998; Villanova y cols., 2006); tratar desajustes psicológicos para mejorar el autocontrol (Garaulet, 2006; Legenbauer, de Zwaan, Mühlhans, Petrak y Herpertz, 2010), la autoeficacia (Teixeira y cols., 2010) y la satisfacción con el propio cuerpo (Foster y cols., 2004); personalizar el tratamiento (Jeffery y cols., 2009); y/o pesarse diariamente (Butryn, Phelan, Hill y Wing, 2007).

Muchos pacientes cuando llegan a su peso meta piensan que ya no necesitan ir más a la clínica por lo que se hace difícil controlar u obtener datos acerca de si los pacientes consiguen mantener la bajada de peso o no, a medio y largo plazo (Cabello y Ávila, 2009). Aun así, parece que llegar al peso deseado y no abandonar el tratamiento, es un factor que aumenta las probabilidades de mantener el peso perdido (Wolfe, 1992).

Como afirman Cooper, Fairburn y Hawker (2003), el mantenimiento suele abandonarse por dos razones fundamentalmente: los pacientes pueden considerar que no han llegado a su meta de peso deseada y por ello abandonan sus esfuerzos; los pacientes pueden que no aprecien la necesidad de aprender estrategias para mantener el peso, vuelven a los hábitos anteriores y recuperan el peso perdido.

Además, muchas veces las expectativas de los pacientes puestas en la baja de peso pueden ser poco realistas. Cuando bajan de peso o llegan a su peso saludable, puede que no se cumplan fantasías como: “Mejorará la relación con mis hijos, encontraré trabajo fácilmente, conseguiré pareja, mejorará mi matrimonio, etc”. (Ames y cols., 2005; Foster, Markris y Bailer, 2005; Garaulet, 2006). Por otra parte, cuando la mujer llega a su peso saludable, puede que vuelvan a estar en el punto de mira problemas hasta el momento aparcados mientras las fuerzas se centraban en el tratamiento de la obesidad, como la mejora en la relación de pareja, búsqueda de trabajo, etc.

Estudios como los de López (2005), encuentran evidencia de que los organismos recuperan o aumentan su peso después de haber estado en privación o restricción de alimentos, una vez se retoman las condiciones de libre acceso a los mismos. Estos estudios son relevantes por lo que al efecto de las dietas se refiere. Si no se dan una serie de cambios durante el plan de adelgazamiento a nivel cognitivo, emocional y/o comportamental, es muy probable que la persona que se someta a una dieta o restricción de alimentos vuelva a recuperar su peso en poco tiempo e incluso llegue a aumentarlo. Es por ello que resulta fundamental el papel de la terapia de conducta para aumentar las posibilidades de mantener el peso saludable una vez alcanzado a medio y largo plazo. Palmeira y cols. (2010), encontraron que cambios en aspectos psicológicos durante el tratamiento como aumentar los niveles de autoestima o mejorar la imagen corporal, pueden ayudar a mantener a largo plazo las bajadas de peso. Estos resultados concuerdan con los de Collings, Saules y Saad, 2008.

El seguimiento de los pacientes una vez terminado el tratamiento parece ser una estrategia útil para la mejora de la adherencia (Baum, Clark y Sandler, 1991; Garaulet, 2006; Harvey, Pintauro, Buzelli y Gold, 2004) aunque también hay estudios que no encuentran mejorías significativas respecto a los grupos control (Leibbrand y Fichter,

2002). Este seguimiento puede llevarse a cabo de forma presencial o por otras vías como internet o vía telefónica. Se ha visto que se obtienen mejores resultados de forma presencial que vía internet (Harvey y cols., 2004). Sin embargo, todavía son necesarios más estudios para valorar la eficacia clínica de estas intervenciones no presenciales (vía telefónica e internet) a pesar de que a través de ellas se pueden llegar a gran número de personas (Jeffery y cols., 2003) y algunos estudios muestren resultados alentadores del tratamiento mediante teleasistencia (Carrard y cols., 2011; Castelnuovo y cols., 2010; Heron y Smyth, 2010).

También algunos autores han encontrado que involucrar a las parejas en las intervenciones como forma de control y de apoyo, puede también dar mejores resultados a largo plazo en el mantenimiento de las bajadas de peso (Black, Gleser y Kooyers, 1990; García, Saldaña, Bach, Tomás y Bados, 1997; Murphy y cols., extraído de Santacreu y Scigliano, 1986), aunque hay autores que afirman que no se obtiene beneficios significativos (Glenny y cols., extraído de Saldaña, 1998; Gorin, Le Grange y Stone, 2003).

Siguiendo con esta línea, incluir la práctica de ejercicio físico de manera regular durante el mantenimiento puede dar mejores resultados a largo plazo (Anderson y cols., 2001; Garaulet, 2006; Glenny y cols., extraído de Saldaña, 1998; Villanova y cols., 2006) así como otros aspectos como alargar el tratamiento a más de 20 sesiones, el entrenamiento en detección de estímulos que desencadenan la ingesta, los contratos monetarios, el registrar el peso diariamente, programar las comidas, seguir en contacto con los profesionales o en definitiva establecer cambios en el estilo de vida y no solo en la alimentación (Glenny y cols., extraído de Saldaña, 1998).

Respecto a la intensidad de la intervención, Fernández y cols. (2006) llevaron a cabo un programa de intervención sobre el control de peso en 145 pacientes obesos hipertensos (con hipertensión esencial, no diabéticos, sin problemas cardiovasculares, de entre 18 y 70 años y con IMC de 28 a 40) impartido por enfermeras. Querían cuantificar las diferencias en la disminución de peso de dos tipos de intervenciones educativas. Los sujetos eran asignados de manera aleatoria o al programa de intervención intensivo de seis meses de duración con seis visitas individuales de información basado en el plan FORMA (Formación en la modificación de actitudes

para el control del peso) (grupo experimental) o al programa informativo de un día en el que se aportaba a los pacientes información escrita (grupo control). Se obtuvieron bajadas significativas de peso en el grupo experimental respecto al grupo control, pero sólo entre los varones (en el grupo de mujeres se bajó de peso pero esta bajada no fue significativa). La bajada de peso se asoció a una bajada de la presión arterial tanto sistólica como diastólica en varones (aunque esta bajada también dependía del investigador y de la presión arterial inicial). Esto pone de manifiesto que con el simple consejo y/o la información escrita, se obtienen peores resultados que con un programa más intensivo.

Por último, todavía no está claro a qué se considera abandono y en los diferentes estudios no queda muy claro cuál es o son los criterios: ¿cuántas sesiones tiene que faltar un paciente para considerarse abandono? ¿cuánto tiempo debe de pasar de una sesión a otra?, etc. (García y cols., 1997).

Debido a estos problemas en la adherencia y a los pobres resultados de las intervenciones, la **prevención de la obesidad** resulta fundamental. Los objetivos fundamentales serán: evitar el desarrollo de sobrepeso en las personas con peso normal de riesgo; evitar que las personas con sobrepeso se conviertan en obesas; y sostener el peso saludable en aquellas personas con sobrepeso y obesidad que han bajado de peso. Los programas de prevención de la obesidad tendrán tres planos de actuación: la “*prevención universal*” o la intervención dirigida a toda la población; la prevención dirigida a grupos de riesgo o “*prevención selectiva*”; y por último, una prevención para personas de alto riesgo o “*prevención indicada*”. El ámbito de actuación de la prevención abarcaría prácticamente toda la sociedad: familia, escuelas e institutos, residencias de ancianos, centros de trabajo, centros sanitarios, empresas alimentarias y deportivas, medios de comunicación, instituciones públicas, etc. (Salas y cols., 2007).

Los obesos son una población estigmatizada por la sociedad (Hilbert, Rief y Braehler, 2008). La estigmatización de la obesidad va unida a la culpabilización de la persona obesa de su problema. Socialmente se cree que el obeso puede perder peso sólo proponiéndoselo, y esa misma sociedad, promueve un estilo de vida sedentario y con hábitos de alimentación poco saludables que no ayudan al obeso a aumentar el control sobre su peso (Saldaña y cols., 1994b).

Como afirma Jeffrey y Lemmitzer (1981), para una prevención eficaz de la obesidad, hace falta un análisis profundo a nivel de toda la sociedad, un análisis de los hábitos socioambientales que facilitan o dificultan ciertos hábitos alimentarios y de actividad física adecuados y un control permanente de peso. Estos autores, a este nivel de análisis lo denominan *macroanálisis*, y sería complementario al *microanálisis* o el análisis de los patrones psicológicos, alimentarios y de actividad física del individuo obeso en particular (Saldaña, 2000).

Independientemente de la estrategia que se escoja, el tratamiento del paciente obeso debe ser paciente. Son personas que por lo general han fracasado en muchos tratamientos anteriores, cuentan con múltiples complicaciones asociadas y su motivación al tratamiento suele ser escasa. Antes de cualquier intervención, tendrán que tenerse en cuenta estos aspectos y otros como el apoyo social con el que cuenta el paciente. Todo ello, hace imprescindible la implantación de un tratamiento totalmente individualizado (Vázquez y López, 2001).

El especialista deberá aceptar incondicionalmente al paciente, ser empático y auténtico. Es importante que evite ser crítico y que no muestre prejuicios ante los obesos (como el que la persona obesa es un individuo sin voluntad, perezoso, etc.) (Garaulet, 2006). Se ha visto, que los obesos perciben poco compromiso por parte de los especialistas para tratar su problema, e incluso no se sienten bien informados acerca de los posibles recursos disponibles para tratar la enfermedad (Malterud y Ulriksen, 2010). También pueden sentirse humillados, avergonzados y fuera de lugar, por lo que es importante que los especialistas de la salud se esfuercen en el trato con estas personas (Merrill y Grassley, 2008).

Por otra parte, tratar la obesidad puede afectar al profesional encargado de ello. Es una enfermedad cuyo tratamiento no es fácil y en la que en muchas ocasiones los resultados son pobres. El profesional deberá detectar y trabajar la frustración, mediante la puesta en común de los casos con otros colegas, estar al día de la bibliografía a nivel de resultados, etc. (Garaulet, 2006).

Por todo ello, el tratamiento de la obesidad no es fácil e incluso durante la intervención, será importante atender a cuestiones prácticas como tener balanzas

adecuadas para personas con mucho peso, tener tensiómetros adaptados, disponer de sillas sin brazos, puertas con tamaño grande, etc. (Garaulet, 2006).

Sin embargo, todavía en la actualidad, siguen habiendo grupos y colectivos que siguen lucrándose del problema de la obesidad, haciendo creer a los obesos a través de publicidad engañosa, que a través de tratamientos rápidos y que no requieren esfuerzo, se puede perder peso y así solucionar el problema de la obesidad (Vázquez y López, 2001).

La obesidad, es un problema médico que crece en gravedad debido a su mortalidad y a su alta y creciente prevalencia en una franja cada vez mayor de la población. Por tanto, podemos considerar a la obesidad un problema social global en el que intervienen factores bio-psico-sociales, por lo que requiere un **tratamiento multidisciplinar** (Grekin, 1997).

Considerando su impacto en la salud pública, se hace necesario implantar estrategias eficaces que permitan identificar precozmente a los sujetos en riesgo, tratar a las personas ya afectadas y poner las medidas preventivas pertinentes (Aranceta y cols., 2003).

1.2.2. Intervención médica

Las estrategias médicas para el abordaje de la obesidad van desde las dietas hipocalóricas hasta los fármacos y las modernas técnicas quirúrgicas.

La Guía Práctica de Actuación en Atención Primaria destaca cinco elementos clave para el tratamiento de la obesidad (Bellido, 2006):

- Reducir el exceso de grasa corporal.
- Necesidad de un paciente motivado.
- Objetivos individualizados, realistas y pactados.
- Uso de todos los recursos disponibles: alimentación equilibrada, actividad física y fármacos.
- Reconocimiento de cualquier logro como positivo y beneficioso.

Por otra parte, esta guía establece 3 objetivos básicos en este orden: Perder peso, mantener la pérdida, no volver a ganar peso (Bellido, 2006).

Respecto a **la dieta**, tendrá que ser totalmente individualizada a partir de una anamnesis completa y adecuándola al peso, edad, sexo, enfermedades, la vida social y laboral, horarios, nivel de actividad física, etc (Salas y cols., 2007).

Algunas de las dietas más conocidas las recoge Moreno (2005) en su libro. Este autor hace hincapié en que muchas de ellas son desequilibradas y no saludables:

Vegetarianas:

- Dietas vegetarianas estrictas (veganismo)
- Dietas ovolactovegetarianas

Macrobióticas:

- Dietas zen

Higienistas:

- Dietas de combinación de alimentos
- Dietas disociadas
- Dietas basadas en un alimento cada día

Hipergrasas:

- Dieta de Atkins
- Dietas cetogénicas
- Dieta de Montignac
- Dieta de Pemmington

Hiperprotéicas:

- Very low calorie diets (VLCD)
- Optifast
- Modifast
- Dieta Cambridge
- Dieta de la proteína líquida
- Dieta de la última oportunidad (the last chance diet)
- Dieta Scardale
- Dieta de Cooley
- Dieta de Hollywood

Pintorescas:

- Dieta de la Clínica Mayo
- Dieta de Erna Carise
- Dieta para mejorar la sexualidad
- Dieta rastafari
- Dieta de la leche y el plátano
- Dieta de la Victoria Principal
- Cronodieta
- Dieta de Humplik
- Método paquistaní
- Dieta <<quemagrasa>>

Desequilibradas basadas en criterios erróneos:

- Motivaciones religiosas
- Respeto a la vida
- Motivaciones ecológicas
- Alimentos sometidos a proceso industrial
- Motivaciones económicas

Actualmente se encuentra muy extendida la dieta Dukan. Esta dieta consta de cuatro fases: una primera fase de “*ataque*” más restrictiva y de corta duración; una segunda fase de “*crucero*” hasta llegar al peso justo; una tercera fase de “*consolidación*” de 10 días de dieta por kilo perdido y que va llevando a una dieta más equilibrada; y una cuarta fase de “*estabilización*” de los logros conseguidos para no recuperar el peso perdido (DietaDunkan.es). La dieta Dukan ha recibido fuertes críticas. En nuestro país, la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas hizo un duro informe en el que calificaba al Método Dukan de “fraude”. Entre las críticas que se le hacen a este método, están el que triplica las cantidades de proteínas recomendadas y los aportes de fibra son diez veces menores de los aconsejables. Además, puede dar lugar a problemas renales, colesterol elevado, deshidratación, hinchazón de tobillos o cefaleas (Elpais.com, 2011).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la obesidad se ha visto acompañado por diversos problemas y efectos indeseables desde la introducción de la hormona tiroidea para el tratamiento de la obesidad en 1983. Además, tienen el problema de que sólo son efectivos mientras se consumen, en el sentido de que su cese hace que reaparezca la obesidad en la mayoría de los casos (Bray, 2007).

Sea cual sea su lugar de acción, los fármacos han de provocar o una disminución de la ingesta, o un aumento del gasto energético. Podemos diferenciar dos grandes grupos: los que actúan principalmente en el sistema nervioso central para reducir la ingesta, y los que actúan fuera del cerebro (Bray, 2007).

Bray (2007), hace la siguiente clasificación:

1. Fármacos que reducen la ingesta de alimentos por acción principalmente en el sistema nervioso central:
 - Rimonabant
 - Sibutramina
 - Simpaticométricos

2. Fármacos que actúan sobre el metabolismo periférico:
 - Orlistat
3. Fármacos que aumentan el gasto energético:
 - No existen fármacos eficaces
4. Fármacos que se han utilizado para la obesidad, pero que no se han aprobado para esta indicación:
 - Fluoxetina y sertralina
 - Bupropión
 - Topiramato
 - Zonisamida
 - Lamotrigina
 - Metformina
 - Pramlintida
 - Exenatida
 - Somatostatina
5. Fármacos en ensayo clínico:
 - Somatotropina
 - Leptina
 - Agonistas de los receptores del neuropéptido Y
 - Agonistas del receptor 2C de la serotonina
 - PYY 3-36
 - Oxintomodulina
 - Colecistocinina
 - Oleoilestrona
 - Antagonista del receptor 1 de la hormona concentradora de melanina
 - Cetilistat, inhibidor de la lipasa pancreática
 - Antagonistas de la grelina

Respecto al tratamiento farmacológico de la obesidad, es fundamental una estricta indicación y control médico. Puede ser utilizado como apoyo a otras intervenciones como el seguimiento de dietas hipocalóricas y la realización de ejercicio físico cuando estas han fracasado, pero nunca como medida única de tratamiento (Galicia y Simal, 2002; Quilliot y cols., 2010).

Según las recomendaciones de la guía práctica de actuación en Atención Primaria, un tratamiento farmacológico correcto se caracteriza por: administrarse asociado a una dieta, al ejercicio y al cambio de comportamientos alimentarios erróneos; y utilizar principios activos contrastados que acentúen una pérdida del exceso de grasa corporal (hasta la fecha, sólo se han aprobado dos fármacos por el Ministerio de Sanidad y Consumo que son la Sibutramina y el Orlistat) (Bellido, 2006). El Rimonabant, se encuentra disponible en España como opción terapéutica (JANO.es, 2008).

Siguiendo las pautas de esta guía, estará indicado en los siguientes casos el tratamiento farmacológico: IMC mayor o igual a 30; IMC mayor o igual a 27 con comorbilidades o factores de riesgo cardiovasculares asociados; y una disminución del peso inferior al 5% a los seis meses (Bellido, 2006).

Algunos productos alternativos no farmacológicos como el Chitosán, Picolinato de Cromo, Ephedra Sínica o Ma Huang, Garcinia Cambogia, Glucomanano, Goma Guar, Hidroximetilbutirato, Plantago Psyllium, Piruvato, Yerba Mate y Yohimbina, al ser sometidos a investigación, no han demostrado eficacia ni seguridad en su empleo en el control de peso a medio o largo plazo, por lo que no se recomienda su uso (Salas y cols., 2007).

Como conclusión, actualmente se dispone de pocos fármacos para el tratamiento de pacientes con sobrepeso y su efectividad se limita a la paliación. Sin embargo, se espera el desarrollo de estrategias farmacológicas seguras y eficaces en un futuro (Bray, 2007).

Cirugía de la obesidad

Las razones que se esgrimen para justificar el uso de la cirugía en la obesidad o de la cirugía bariátrica, es que la obesidad mórbida responde mal a los tratamientos convencionales como las dietas, el ejercicio, los medicamentos para adelgazar, los batidos o barritas e incluso al balón intragástrico. Las publicaciones médicas afirman que hoy en día, salvo contadas excepciones, no disponen de un remedio eficaz para combatir la obesidad. Sin embargo, este tratamiento no está exento de riesgos y no se

trata de un remedio que cura la obesidad, sino que simplemente la controla. Si un paciente no incorpora nuevos hábitos de vida, posiblemente recuperará otra vez el peso perdido. Ninguna de las técnicas de cirugía bariátrica, permite “*comer de todo y en cantidad deseada sin ganar peso*”(p.10), por lo que la alimentación tendrá que cuidarse. Esta cirugía trataría por tanto, de convertir a una persona muy obesa en otra menos obesa, con el único objetivo de mejorar su calidad de vida y el número de años vividos, así como disminuir el riesgo de las enfermedades asociadas (Rubio, 2007).

Para que una persona pueda realizarse la cirugía, debe de cumplir algunos requisitos como ser mayor de 18 años y menor de 60; tener un IMC mayor o igual a 40 o mayor o igual a 35 con complicaciones asociadas; que la obesidad mórbida dure al menos cinco años; haber fracasado tratamientos anteriores; tener estabilidad psicológica (ausencia de abuso de alcohol y drogas y/o ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores, retraso mental o trastornos del comportamiento alimentario), etc. (Rubio, 2007).

Podemos dividir los tipos de cirugía en las siguientes técnicas (Rubio, 2007):

1. Técnicas restrictivas: tratan de restringir la capacidad del estómago para que el paciente se llene antes y coma menos a través de grapas o la colocación de una banda.
 - a. Gastroplastia vertical anillada.
 - b. Bandeleta ajustable.
2. “*By-pass*” gástrico: es la técnica más utilizada y de referencia. Es una técnica mixta en la que se produce una reducción del estómago mediante grapado (o sección del estómago) y la conexión de la cavidad gástrica con una asa del intestino para que la comida deje de pasar por su conducto natural buscando un atajo o “*by-pass*”.
3. Derivación biliopancreática: técnica compleja que produce una maldigestión y malabsorción de alimentos que permite no ser tan restrictivo en la ingesta. Trata de reducir la capacidad del estómago, mediante una sección vertical u horizontal junto a un “*by-pass*” más largo que en la técnica anterior.

4. Gastrectomía tubular (“*Sleeve gastrectomy*”): actualmente en auge por su sencillez y eficacia. En ella se secciona el estómago de manera longitudinal sin tocar el intestino.

Otras opciones de tratamiento a la obesidad mórbida son el balón intragástrico y el marcapasos gástrico. El balón intragástrico consiste en la colocación endoscópica de un balón relleno de suero o aire en la cavidad gástrica para reducir la capacidad de ingestión de alimentos. El marcapasos gástrico consiste en la colocación de un electroestimulador bipolar tunelizado en la curvatura menor gástrica mediante acceso laparoscópico que aumenta la sensación de plenitud y disminuye por tanto la ingesta (Salas y cols., 2007).

1.2.3. Intervención psicológica

*“Debajo de muchos de sus miedos más profundos,
no existe una incapacidad real para enfrentarse a ellos,
sino la convicción de que usted es incapaz.”*

(Alonso, 2010)

La obesidad es una enfermedad crónica asociada con múltiples complicaciones médicas, con alta tasa de recurrencia y de muy difícil manejo. Los aspectos psicológicos y conductuales son de primera importancia para el curso de esta enfermedad (Bersch, 2006).

Aunque no es considerada un problema psiquiátrico, la obesidad tiene alta comorbilidad psiquiátrica. La alta prevalencia de psicopatología, requiere un abordaje psicológico-psiquiátrico simultáneo a la pérdida de peso y los criterios de alta no pueden ser solamente la llegada a un peso saludable, sino que también se tienen que atender otros factores como la aceptación de la imagen corporal, el cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, el aumento del autocontrol emocional, la mejora de la calidad de vida, etc. (Villaseñor y cols., 2006). Así pues, los factores conductuales y el estilo de vida de la persona obesa serán causa del problema y determinantes en el éxito terapéutico (Bersch, 2006).

La obesidad confiere consecuencias negativas tanto en los aspectos físicos como psicosociales de **calidad de vida**, especialmente entre los obesos mórbidos (Kushner, 2000, citado en Shaw y cols., 2008) y entre las mujeres blancas (White, O'Neil, Kolotkin y Byrne, 2004). Se ha encontrado que a niveles más altos de obesidad, peor calidad de vida (Mannucci y cols., 2010; White y cols., 2004).

Según pasan los años, el exceso de peso suele ir condicionando la realización de las actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, agacharse, peinarse, atarse los cordones, cortarse las uñas, ponerse calcetines o zapatos, mantener relaciones sexuales, etc. Lo que repercute en una peor calidad de vida de la persona obesa tanto física como psíquica. Además, esta situación clínica se traduce no sólo en una peor calidad de vida, sino también en una menor cantidad de años vividos (Rubio, 2007).

Por lo general, el bienestar subjetivo del obeso no ha sido tema de interés a pesar de que a partir de 1956 la OMS otorgara al bienestar del individuo un papel fundamental en su salud. Normalmente las investigaciones psicológicas de la obesidad se han centrado en la psicopatología del obeso (niveles de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, etc.) y no tanto en aspectos más positivos como su nivel de satisfacción con la vida. No se ha encontrado que el grado de obesidad prediga el grado de satisfacción con la vida. Sin embargo, otras variables como la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción de burlas por parte del entorno (mediadas por la actitud hacia la apariencia física, o el haber interiorizado un ideal estético percibido como inalcanzable para la persona obesa) si parecen predecirla, lo que resalta la importancia que juegan los aspectos socioculturales en la calidad de vida de los obesos (Guzmán y Zoraide, 2009).

Se ha encontrado que pérdidas de peso en personas con sobrepeso u obesidad o el mantenimiento del peso dentro de un rango saludable, mejoran aspectos de la calidad de vida de las mujeres como la función física, la vitalidad y el descenso del dolor corporal (Fine y cols., 1999). Blissmer y cols. (2005), hicieron un estudio en el que se llevaba a cabo un tratamiento conductual para la pérdida de peso para analizar sus efectos en la calidad de vida de los obesos. Encontraron que el programa mejoró la calidad de vida de los pacientes a corto y largo plazo, incluso aunque no se mantuviera la pérdida de peso a lo largo del tiempo.

Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997), afirman que cuando el obeso llega a su peso meta tras un programa de intervención psicológica, dice tener menos síntomas emocionales y mejoras en su calidad de vida que le pueden ayudar a mantener los resultados a largo plazo.

Otros estudios también confirman que los pacientes obesos tienen asociado un deterioro moderado de la salud percibida en comparación con la población general en mujeres y esta percepción de deterioro es mínima en los hombres, por lo que parece que el efecto negativo de la obesidad por sí misma en la calidad de vida percibida de los obesos es escasa. Quizás, las mujeres mayores de 50 años, con bajo nivel de estudios y con patología psiquiátrica o artrosis son los que percibían peor calidad de vida (Barajas y cols., 1998).

Una parte muy importante de la calidad de vida de las personas es su salud sexual. La satisfacción sexual y la valoración positiva del propio cuerpo, son piezas fundamentales del bienestar psicológico y subjetivo (Carrobles, Gámez y Almendros, 2011). En la obesidad suele haber dificultades en el área sexual del individuo (falta de disfrute de la actividad sexual, falta de deseo, dificultades en el funcionamiento, evitación de las relaciones sexuales, etc.) por lo que puede verse empeorada su calidad de vida en general (Kolotkin y cols., 2006). También puede haber dificultades a la hora de encontrar pareja debido al estigma que existe en la sociedad hacia los obesos (Chen y Brown 2005).

Aunque parece que los obesos no tienen más problemas psicológicos que los no obesos, muchos presentan **aspectos psicológicos desadaptativos** como ansiedad, tristeza, falta de confianza en uno mismo, aislamiento social, etc., que afecta a la calidad de vida y requieren atención profesional (Saldaña y cols., 1994b). Esta atención deberá de llevarse a cabo por profesionales bien formados y preparados, incluso después de que la persona haya llegado a su peso tras una intervención (Van Dorsten y Lindley, 2011).

En muchas ocasiones, los estudios que no apoyan la existencia de morbilidad psicológica en las personas obesas, probablemente reflejen las limitaciones de los estudios realizados hasta la fecha, en lugar de ser reflejo del bienestar psicológico de los pacientes con obesidad. Por otra parte, hay estudios que demuestran los efectos positivos a nivel psicológico de la pérdida de peso: una mejora en la autoestima, el funcionamiento social y el sentido del bienestar. De forma indirecta, estos estudios pueden apoyar la idea de que el peso excesivo se asocia con niveles más altos de morbilidad psicológica que el peso normal (Kushner, 2000, citado en Shaw y cols., 2008).

Según algunos estudios (Lorence, 2008), la edad en la que una persona comienza a ser obesa, juega un papel importante en la configuración de su perfil psicológico, siendo este perfil más desfavorable para la adhesión a los tratamientos médicos-psicológicos para aquellas personas con obesidad temprana.

Sin embargo, hasta la fecha, sigue siendo debatido entre los médicos, psicólogos y psiquiatras, si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son dichas alteraciones las que desencadenan esta enfermedad (Vázquez y López, 2001).

Por otra parte, se ha visto que los obesos tienden a minusvalorar su problema o tener **baja conciencia de enfermedad**. Tienden a percibirse como “gorditos” y no como obesos y sienten que sus conductas son discriminadas y rechazadas llegando a consumir más alimentos con una actitud desafiante ante los demás (Ocampo y Pérez, 2010).

Se ha visto como la obesidad suele cursar con **otros problemas de la conducta alimentaria** como atracones, restricciones, vómitos, atracones nocturnos, adicción a determinados alimentos, etc. (Larrañaga y García, 2007).

La **imagen corporal** de los obesos suele ser negativa y normalmente está unida a sentimientos de inferioridad y de inseguridad. Tras una baja de peso satisfactoria, o una vez consiguen estar en su peso, la imagen corporal de los obesos suele cambiar y ser más satisfactoria (Santos, Peres y Kruschewsky, 2007).

Los obesos presentan con frecuencia **trastornos afectivos** asociados a la baja autoestima, la distorsión de la imagen corporal, dificultades en las relaciones interpersonales, etc. que pueden derivar en peor estado de ánimo y mayores problemas en el comportamiento alimentario. Es conveniente identificar estos síntomas o situaciones conflictivas para que puedan irse resolviendo antes o durante la bajada de peso (Salas y cols., 2007). Por ejemplo, se ha visto que la intervención dirigida a la mejora de la imagen corporal durante el tratamiento puede ofrecer mejores resultados al tratamiento (Palmeira y cols., 2009).

Por tanto, la obesidad tendrá consecuencias emocionales en la mayoría de los casos y viceversa (Bersch, 2006). Es bien sabido, cómo se establece una relación funcional entre la ingesta compulsiva y estados emocionales negativos. Los atracones se utilizan a corto plazo para paliar la tristeza u otras emociones negativas, pero a medio y largo plazo, provocan un aumento de las mismas por lo que lo más seguro es que se

recurra de nuevo a la ingesta compulsiva, creándose de esta manera un círculo vicioso (Perelló, Martínez y Lloréns, 2004).

Como se pone de manifiesto, debido a las comorbilidades psicológicas que presentan los obesos, será necesario un tratamiento psicológico integrado en el tratamiento médico para agilizar la recuperación del paciente tanto a nivel físico como psicológico (Lorence, 2008). Es por ello, que en los últimos años cada vez son más los programas y estudios para el tratamiento de la obesidad con un acercamiento multidisciplinal. Algunos ejemplos son: Agras y Werne, 1981; Brownell, Heckerman y Westlake, 1979; Kaplan, Thompson y Cerrazón, 1995; Saldaña, 1991; Stunkard, 1982; Stunkard y Penick, 1979, etc. (Extraídos de: Casado y cols., 1997); Gaillard, Barthassat, Pataky y Golay, 2011; Golay y cols., 2004; Rippe y cols., 1998; Vansant y cols., 1999.

La **terapia del comportamiento** alimentario de la obesidad es definida como *“un conjunto de técnicas que se utilizan para ayudar a los individuos a desarrollar habilidades o destrezas que les permitan alcanzar un peso corporal más saludable. Más que ayudar a la gente a decidir “qué” cambiar, consiste en conseguir que identifiquen “cómo” cambiar”* (Garaulet, 2006, p. 207).

Coincidiendo con representantes de la Terapia Breve como Nardone y cols. (2011), ponen de manifiesto la importancia de saber <<cómo funciona el problema>> en vez de <<por qué existe>>.

Por tanto, las teorías de cambio de conducta se han usado como tratamiento para ayudar a las personas a desarrollar una serie de habilidades que les ayude a conseguir su peso saludable. Estas intervenciones, proponen una reestructuración del ambiente para disminuir las conductas que llevan a la obesidad, además del monitoreo continuo de estos comportamientos (Márquez, Armendáriz, Bacardí y Jiménez, 2008).

Algunos profesionales consideran la terapia de conducta impracticable en consulta debido a la falta de habilidades o de tiempo. Sin embargo, esta terapia puede llevarse a cabo de manera estandarizada en la práctica clínica de manera eficaz e incluso ya existen propuestas de terapias asistidas por ordenador vía Internet para el tratamiento a largo plazo (Garaulet, 2006).

También para algunos autores como Foster y col. (extraído de Saldaña, 1998) o Wadden, y Foster (2000), el objetivo de las intervenciones no puede ser llegar a un “peso ideal”, sino a un “peso saludable”. También afirman que ayudar a los obesos a aceptar bajadas de peso más modestas, ayudaría a mantener la motivación de los pacientes y a beneficiarse de los efectos positivos sobre su salud. Esto sin embargo está en contradicción con otros estudios como los de Anderson y cols. (2001), que afirman que los pacientes que pierden más peso una vez finalizado el tratamiento, consiguen mantener mejor las pérdidas a largo plazo.

En concreto, el objetivo principal de la terapia conductual será mejorar los hábitos de alimentación (“qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer”) y los niveles de actividad física. Las principales estrategias a llevar a cabo serán las siguientes (Saldaña, 1998):

- Automonitoreo: registro detallado y diario de la ingesta y de sus circunstancias.
- Control de estímulos: evitación de la exposición a situaciones que favorezcan comer en exceso o romper la dieta en su caso.
- Flexibilidad en el programa de alimentación: opciones de alimentación balanceadas y flexibles.
- Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos y sentimientos autoderrotistas y expectativas poco realistas sobre su peso e imagen.
- Manejo de relaciones interpersonales y del estrés: estrategias de relajación, de solución de problemas, mejora de las habilidades sociales, etc.
- Manejo de recompensas ante la consecución de objetivos.
- Cambios en la actitud de comer: disminución de la sensación de privación, comer y masticar lentamente para que llegue al cerebro la sensación de saciedad, uso de platos pequeños, etc.
- Prevención de recaídas.

Estas estrategias se han visto especialmente útiles para evitar el abandono del tratamiento, el cumplimiento inadecuado de las dietas y del ejercicio físico o el no mantenimiento de la bajada de peso a medio y largo plazo (Vázquez y López, 2001).

El autorregistro de alimentación resulta fundamental en la intervención. Esto es debido a que en general, los pacientes obesos tienden a subestimar su ingesta real (como también ocurre en otras adicciones) (Seijas y Feuchtmann, 1997).

Por tanto, el objetivo fundamental será hacer cambios en el estilo de vida del paciente o modificar ciertos patrones alimentarios, niveles de actividad física y eliminar falsas creencias que contribuyan al aumento de peso. El tratamiento podrá hacerse en formato grupal o individual (Salas y cols., 2007). Normalmente los grupos suelen estar formados de unas 10 a 20 personas, suelen durar unos 60-90 minutos, y son dirigidos por especialistas (dietistas, psicólogos, especialistas en educación física, etc.). El formato grupal se ha visto más efectivo que el individual (Bonet y cols., 2007; Garaulet, 2006; Salas y cols., 2007).

Además, será esencial que el obeso alcance conciencia de su enfermedad. De este modo se evitarán recaídas, tan frecuentes en este tipo de problema (Seijas y Feuchtmann, 1997).

Perder el peso que sobra y conseguir mantenerlo, lleva consigo mejoras en la autoestima y en la autoconfianza así como cambios en la forma de comer. Tomar conciencia respecto a la relación que se establece con la comida, una firme decisión de cambiar los hábitos dañinos, y darse cuenta de los beneficios de mantener un peso saludable, son fundamentales para conservar la pérdida de peso con éxito (Cabello y Ávila, 2009).

“(...) Es que primero se tiene que hacer una cirugía de cerebro, es cierto... primero hay que hacerse una cirugía de cerebro, hay que leer, hay que hacerse consciente de qué es lo que le sucede al organismo de la persona cuando tiene exceso de peso, cuando tiene sobrepeso los riesgos que corre y cómo funciona el organismo, qué es lo que le hace al organismo funcionar bien (...) pero que la persona experimente y se haga consciente que hay maneras correctas de comer (...)” (Cabello y Ávila, 2009, p.93).

“La primera cosa es querer realmente, ¿sí? o sea querer realmente tu meta, tu objetivo, creer en ti, cambiar, de que tu puedes hacerlo, este...porque se te van a

presentar muchísimos obstáculos y si no crees firmemente en lo que quieres, vas a decaer, yo pienso que en eso esta ese punto, porque o sea el que quiere puede, tan fácil y tan sencillo: ¡el que quiere puede!” (Cabello y Ávila, 2009, p.93).

“El secreto es una combinación de muchas cosas por ejemplo que tengas auto respeto y que lo reflejes y que tomes tú la responsabilidad, que no tires la culpa a los demás” (Cabello y Ávila, 2009, p.93).

Por el momento, las intervenciones psicológicas mediante estrategias conductuales y cognitivo-conductuales, se han visto las más eficaces para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Son especialmente útiles cuando se combinan con estrategias dietéticas y de ejercicio físico (Dyson, 2010; Shaw y cols., 2008). Por otra parte, se están investigando otras propuestas de tratamiento diferentes desde otras orientaciones y técnicas psicológicas como por ejemplo la psicoterapia breve estratégica (Castelnuovo y cols., 2011); la meditación o aumento de la conciencia de comer (Dalen y cols., 2010); el uso de la relajación (Hawley y cols., 2008; Katzer y cols., 2008; Manzoni y cols., 2009); la hipnosis (Kirsch, 1996; Schoenberger, 2000); la entrevista motivacional (Armstrong y cols., 2011; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2009; Golay, 2006; Reiner, Carrard y Golay, 2010; Rieger, Dean, Steinbeck, Caterson y Manson, 2009); y la electroacupuntura o acupuntura (Cabioglu, Ergene y Tan, 2007; Manzoni, Mannucci, Rizzello, Rica y Rotella, 1999).

Wilfley, Robinson y Stein (2002), compararon los resultados de la terapia cognitiva respecto a la terapia interpersonal para el tratamiento de personas con sobrepeso y trastorno por atracón. Se llevaron a cabo 20 sesiones semanales de cada tipo de terapia y se evaluó antes y después de la intervención el número de atracones, el funcionamiento psicológico general de los pacientes y el peso. Se llevaron también seguimientos cada cuatro meses a lo largo de un año. Los resultados mostraban que ambas terapias eran eficaces a corto y largo plazo para el tratamiento de personas con sobrepeso y trastorno por atracón.

Heshka y cols. (2003), compararon los resultados de un programa estandar de pérdida de peso con un programa de autoayuda con un seguimiento a dos años. Se llevó a cabo con 431 sujetos. El programa de autoayuda consistía en dos sesiones con un nutricionista de 20 minutos y el programa comercial con sesiones en las que se daban

pautas alimentarias y de ejercicio y algunas estrategias cognitivo-conductuales. Las pérdidas de peso fueron mayores en el grupo estandar tanto al año de terminado el tratamiento como en el seguimiento a dos años.

Aunque cada vez son mejores los resultados obtenidos en el tratamiento de la obesidad, muchos pacientes se benefician poco o nada de los tratamientos y recaen en la fase de mantenimiento. Algunas cuestiones pendientes son: mejorar los sistemas de clasificación respecto a los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad; crear protocolos de intervención según los tratamientos que se hayan visto eficaces; buscar posibles alternativas terapéuticas mediante la combinación de las ya existentes o creando otras nuevas; poder identificar las características de los pacientes que les hace más aptos para un tratamiento u otro; buscar comorbilidades con otros trastornos que pueden interferir en la terapia; unificar los criterios de recuperación para poder analizar la eficacia de las intervenciones; valorar la motivación al cambio; e identificar las variables asociadas a la no adherencia al tratamiento (Saldaña, 2001).

Lo que sí parece, es que también se pueden conseguir grandes bajadas de peso mediante métodos no quirúrgicos con iguales índices de mantenimiento del peso perdido. Además, las personas que bajan sin cirugía, parece que tienen mayor bienestar psicológico a largo plazo tras la bajada de peso (Bond, Phelan, Leahey, Hill y Wing, 2009).

Para concluir, el tratamiento de la obesidad es complicado y requiere cambios permanentes en la ingesta y el aumento de la actividad física. Su intervención requiere un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos (Bersh, 2006; Montero, Cúneo, Facchini y Bressan, 2002). Además, el abordaje de la obesidad para cada persona será totalmente individualizado y tendrá en cuenta tanto la etiología del problema como los factores que favorecen su mantenimiento a nivel cognitivo-conductual-emocional como a nivel ambiental (Stubbs y cols., 2011; Villaseñor y cols., 2006).

1.2.3.1. Programas de intervención psicológica Cognitivo-Conductual

En los años 50, el modelo imperante para el tratamiento de la obesidad era el psicodinámico. Como forma de reacción frente a este modelo, surge en los 60 la terapia del comportamiento. Fue el equipo de Fester, el primero en aplicar los principios del aprendizaje al tratamiento de la obesidad. Desde entonces es difícil encontrar programas de intervención para la pérdida de peso que no incluyan técnicas conductuales (Anderson, Shapiro y Lundgren, 2001). A partir de los 70, autores como Levitz y Stunkard (1974), Stuart (1967, 1971) o Wollersheim (1970) siguieron sus pasos para comprobar la superioridad de las nuevas intervenciones conductuales frente a los antiguos procedimientos. Aunque sus trabajos eran simples, ya que no contaban con la naturaleza multifacética de la obesidad (Saldaña, 1998).

En la actualidad, ya son muchos los estudios en los que se muestran los efectos positivos de la terapia del comportamiento en la pérdida de peso. Además, la efectividad de los tratamientos ha aumentado respecto a años anteriores. Esto puede haberse producido por la inclusión de nuevas técnicas conductuales en las intervenciones, y sobre todo, por que la duración de los tratamientos ha aumentado a lo largo de los años (Garaulet, 2006).

Por otra parte, aunque los resultados obtenidos por el tratamiento conductual en la pérdida de peso de pacientes obesos son similares a otras intervenciones, sí que se han encontrado menores tasas de abandono y ausencia de efectos secundarios perjudiciales. Esto hace que la terapia conductual sea el tratamiento de elección en muchos casos, aunque todavía hace falta más investigación y se están creando nuevas técnicas (Hall y Hall, 1982; Skender y cols., 1996).

Sin embargo, aun en nuestros días, son escasas las investigaciones que evalúan la eficacia de los programas de intervención en el tratamiento de la obesidad (García y cols., 1997) y de sus componentes (Saldaña, 1998). También siguen siendo escasos los trabajos con seguimientos prolongados y grupos control (Márquez y cols., 2008). Por lo general, también constan de un escaso tamaño muestral, existen sesgos en la selección de la muestra y se da gran mortandad experimental (Bustos y cols., 1997). Por último, otras dificultades que se han detectado son la variabilidad intersujetos encontrada en los

grupos de intervención (Vera y Fernández, 1989) y que muchos de los estudios que se realizan se basan en población universitaria (Foster y cols., 2005; Garaulet, 2006).

Además, también existen estudios que muestran que las terapias de cambio de comportamiento tienen resultados modestos, especialmente en los porcentajes de adherencia a largo plazo (Bustos y cols., 1997; Márquez y cols., 2008; Stahre y Hallstrom, 2005; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988) por lo que son necesarios más estudios al respecto (Hovell y cols., 1988).

Se considera a Richard Stuart el primero en iniciar un tratamiento cognitivo con personas obesas. Su tratamiento tenía dos objetivos: la reducción del ingreso energético y aumento del gasto calórico a partir de la actividad física. Sin embargo, fue agregando a esta intervención otros objetivos como mejorar las relaciones interpersonales, promover conductas y actitudes relacionadas con el control de peso y la alimentación y la reestructuración cognitiva buscando en último término la responsabilización del paciente (Leija y cols., 2011).

Por lo general, las intervenciones basadas en la terapia cognitiva de forma exclusiva, se han visto menos eficaces que las terapias de conducta (Nauta, Hospers y Jansen, 2001).

Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual, se ha visto la terapia más eficaz para el tratamiento de la obesidad. Está orientada al presente, se centra en los comportamientos y pensamientos actuales que mantienen el problema y pone el acento en el «*qué tengo que hacer para cambiar*» más que en el «*porqué*» (Larrañaga y García, 2007). Incluso se han visto los efectos positivos que provoca en el entorno social del paciente obeso su tratamiento mediante técnicas cognitivo-conductuales, al reducir la ingesta de energía y promover una actitud más favorable hacia la actividad física entre sus familiares (Rossini y cols., 2011).

A pesar de la superioridad de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales frente a otras formas de intervención, dos son los problemas más importantes en lo referente a los resultados de la terapia de conducta para el tratamiento de la obesidad: 1) las pérdidas de peso no suelen ser clínicamente relevantes; 2) el peso

perdido en la intervención no suele mantenerse a lo largo del tiempo. Cuatro son las principales estrategias seguidas en las intervenciones para conseguir mantener las pérdidas de peso a largo plazo: sesiones de apoyo una vez finalizada la intervención, contactos telefónicos o por correo, la incorporación de técnicas para consolidar los logros (como la respiración o técnicas de asertividad) y mediante la prevención de recaídas a través de un modelo de intervención para toda la vida (Saldaña y Bados, 1988).

Para que una intervención sea efectiva a largo plazo, es imprescindible que provoque cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física de la persona obesa, esto es, cambios en el estilo de vida. La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas como las cognitivo-conductuales que incidan no solo en la bajada de peso, sino también en otras áreas de la persona interconectadas ya que muchas veces ni el terapeuta ni el paciente consideran a la obesidad una verdadera enfermedad que no se cura con la simple bajada de kilos. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado resultados alentadores, aunque no definitivos para este cambio en el estilo de vida (Larrañaga y García, 2007).

Los programas de cambio de estilo de vida más utilizados en tratamiento de la obesidad, se basan en la psicoterapia cognitivo-conductual LEARN (*Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships, Nutrition*). El programa tiene una duración de 18 semanas, con sesiones semanales de 90 minutos y grupales de entre 10 y 20 participantes. El programa de mantenimiento duraría unas 20 semanas (Larrañaga y García, 2007). Algunos de estos programas centrados en el cambio de estilo de vida en los que se han visto buenos resultados son: Arrebola y cols., 2011; Christiansen, Bruun, Madsen y Richelsen, 2007; Culos, Doyle, Paskevich, Devonish y Reimer, 2007; Montero y Cúneo, 2004, recogido en Leija y cols., 2011; Munsch, Biedert y Keller, 2003; Van Wier y cols., 2006.

Numerosos estudios, como se ha comentado con anterioridad, ponen de manifiesto el problema de la adherencia en el tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad (Bustos y cols., 1997; Márquez y cols., 2008; Melin, Reynisdottir, Berglund, Zafir y Karlström, 2006; Perri y cols., 1987; Perri y cols., 2001; Saldaña y Bados, 1988; Stahre y Hallstrom, 2005; Wadden y cols., 1988; Wadden, Butryn y Byrne,

2004). Los resultados obtenidos de la terapia cognitivo-conductual muestran como es fundamental que los programas para el tratamiento de la obesidad cuenten con módulos o grupos de mantenimiento para conservar las bajadas de peso conseguidas (Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Larrañaga y García, 2007). Sin embargo, se ha visto que los pacientes sólo mantienen los pesos alcanzados mientras acuden a las terapias de mantenimiento. En cuanto los pacientes dejan de acudir a estas sesiones recuperan el peso perdido. Por otra parte, si los pacientes siguen acudiendo a los programas de mantenimiento, es muy probable que abandonen dado el alargamiento de los mismos a lo largo del tiempo (Larrañaga y García, 2007).

Como señala Saldaña (2001): *“Como es bien conocido, aunque la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual son las intervenciones más adecuadas para el tratamiento de la obesidad, todavía hoy no se ha podido dar una respuesta definitiva al problema del mantenimiento de las pérdidas de peso que se consiguen más allá del primer año después del tratamiento”*. Todavía no es posible afirmar que los tratamientos psicológicos o multidisciplinarios son efectivos a largo plazo para combatir la obesidad (Christiansen y cols., 2007; Cooper y cols., 2010). Lo que sí está claro es que es necesario alargar los tratamientos una vez el obeso baja de peso para su mantenimiento a largo plazo (Buclin, Pataky, Bruchez y Golay, 2010; Golay y cols., 2004; Melchionda y cols., 2003).

Cooper y cols. (2003) desarrollaron un programa para intentar reducir la recuperación del peso perdido tras la intervención. Con este programa, trataban de ayudar a los pacientes a superar los obstáculos a través de tres claves: en primer lugar, ayudando al paciente a aceptar y valorar los logros conseguidos o la pérdida de peso alcanzada; segundo, establecer como meta el mantenimiento del peso y no nuevas pérdidas; y por último, aprendizaje de técnicas conductuales y cognitivas para el control de peso. Estas pautas se daban en un programa de mantenimiento individual que duraba de 24 a 30 semanas la primera fase y 14 la segunda. En este estudio y en estudios posteriores, estos autores encuentran poca efectividad de los programas cognitivo-conductuales para el mantenimiento de las pérdidas de peso a largo plazo (Cooper y cols., 2010).

Nunn, Newton y Faucher (1992), llevaron a cabo un programa *“Weight Control for Life!”* aplicado a 60 pacientes con seguimientos a uno y dos años y medio. El

programa trataba de cambiar hábitos a través del manejo de contingencias, psicoeducación sobre nutrición, técnicas de manejo del estrés, implantación de actividad física, la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas. Obtuvieron buenos resultados en la pérdida de peso y en su mantenimiento (en el seguimiento a un año el 75% mantenían el peso perdido y a los dos años y medio el 52%), especialmente en el caso de los varones.

En la actualidad, parece que sigue presente la sentencia de Stunkard, 1958, p.79): *“La mayoría de las personas obesas no permanecerán en un tratamiento de obesidad. De aquellos que lo sigan, la mayoría no perderán peso, y de aquellos que lo pierdan, la mayoría lo recuperará”* (Saldaña y cols., 1994, p.670). Aun así, han sido numerosos los intentos de diferentes autores para mejorar la eficacia de las intervenciones, mediante el alargamiento de los programas de intervención, poniendo más énfasis en el mantenimiento de las pérdidas de peso, mediante técnicas de prevención de recaídas, aumentando la actividad física, personalizando los tratamientos, etc. Los datos son desalentadores, por lo que quizás haga falta un cambio en la mentalidad de los propios clínicos que permita un abordaje terapéutico diferente y de mayor eficacia ante un problema de tan difícil manejo como es la obesidad (Saldaña y cols., 1994).

Algunos de los programas cognitivo-conductuales más significativos llevados a cabo hasta la fecha, son los siguientes:

Programas globales:

Para el tratamiento más global de la obesidad, se han encontrado como ejemplos algunos programas que se describen a continuación. Por lo general, estos programas constan de tres fases: evaluación, intervención y seguimientos o prevención de recaídas. En la fase de intervención, en la mayoría, se entrena al sujeto en una serie de técnicas cognitivo-conductuales para el moldeamiento, incorporación y/o consolidación de hábitos de ingesta y de actividad física saludables. Normalmente, las muestras de sujetos son pequeñas (entorno a unos 10 sujetos), la duración de las sesiones es de aproximadamente 90 minutos y el número de sesiones entorno a 12.

Santacreu y Scigliano (1986), diseñaron un programa de 11 sesiones semanales para el tratamiento de la obesidad y se lo aplicaron a dos grupos de 10 sujetos cada uno. Su objetivo era que los sujetos bajaran de peso y mantuvieran las bajadas de peso un año después de la intervención. Los 16 sujetos que terminaron el programa bajaron una media de 5.9 kilogramos y los seguimientos se realizaron al mes, seis meses y un año. Observan que los sujetos seguían bajando de peso hasta los 6 meses después de la intervención. Para la evaluación aplicaron una entrevista para la obesidad, El Cuestionario de actitudes frente a la comida (EAT) de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel; El Cuestionario de Refuerzos de Phillamy y Lewinsohn; El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey; La Escala de Asertividad de Rathus; Cuestionario de Depresión de Beck y de Estilo Atribucional de Seligman. Se observó una mejoría de los síntomas depresivos al final de la intervención.

Vera y Fernández (1989), diseñaron un programa de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la obesidad de 12 sesiones estructuradas. Estas doce sesiones podemos dividirlas en varios objetivos: evaluación de las conductas de ingesta y actividad física; evaluación de la motivación para hacer el tratamiento; el tratamiento mediante técnicas cognitivo-conductuales como la psicoeducación, el control de estímulos, la reestructuración cognitiva y la mejora de la solución de problemas; y por último, la prevención de recaídas.

Saldaña (2000), propone un programa de intervención cognitivo-conductual con tres partes fundamentales: evaluación-tratamiento-seguimiento. En la primera fase, las

estrategias estarán dirigidas a perder peso y a la modificación de los comportamientos que suponen un exceso en la ingesta y sedentarismo. El sujeto aprenderá qué comer, cómo hacerlo y la importancia del equilibrio energético. En la segunda fase, la persona aprenderá a manejar la ingesta emocional mediante el autocontrol de los pensamientos, sentimientos y emociones que la provocan mediante técnicas cognitivo-conductuales como la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas o la interrupción de cadenas comportamentales. Por último, en la tercera fase, el tratamiento se orienta a la prevención de recaídas, enseñando al sujeto técnicas de afrontamiento de situaciones difíciles futuras.

Casado y cols. (1997) impartieron un programa cognitivo-conductual para pacientes obesos cuyo objetivo era conseguir la modificación de hábitos de alimentación poco saludables, así como trabajar con los factores psicológicos asociados a la obesidad (ansiedad, autoestima, autocontrol, manejo de pensamientos distorsionados, etc.). El programa de intervención se impartía de forma grupal en 17 sesiones de una hora y cuarenta y cinco minutos, a lo largo de tres fases. En la primera fase de evaluación pretratamiento se aplica una entrevista estructurada sobre hábitos de alimentación, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA- (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994) y se media el peso. En la segunda fase de tratamiento se llevaron a cabo sesiones informativas, se elaboraron menús y se entrenó a los participantes en técnicas de autocontrol, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Por último, en la fase de evaluación postratamiento se volvieron a tomar las medidas del pretratamiento. Los resultados encontrados fueron satisfactorios.

Por otra parte Mahoney y Mahoney (1991) elaboraron y pusieron en práctica un programa cognitivo conductual individual: *“Modelo de control permanente del peso: una solución total al problema de las dietas”*. Este programa se basa fundamentalmente en que los pacientes tengan información sobre la obesidad, los hábitos inadecuados y la forma de controlarlos y prevenirla (Leija y cols., 2011).

López y Godoy (1994), realizaron un estudio en el que trataban de examinar la eficacia de un programa grupal que se servía a lo largo de nueve sesiones de tres tipos de estrategias: cognitivas, conductuales y de actividad física para el tratamiento de la

obesidad. Contaron con un grupo experimental y otro control (ambos de ocho sujetos tras los abandonos). El objetivo del programa fue instaurar hábitos alimentarios sanos y de actividad física que se reflejarían en pérdidas de peso significativas. Se tomaron medidas pretratamiento-posttratamiento (pre-post) de peso y a los tres meses de finalización del programa (en el grupo experimental se tomaron otros dos seguimientos a los cuatro y cinco meses). El programa resultó eficaz para la pérdida de peso de forma significativa, tanto a corto como a medio plazo, en especial aquellos sujetos con alta motivación y mayor implicación en la práctica de ejercicio. El grupo control también presentó pérdidas significativas de peso en la medida post, sin embargo no se mantuvieron a medio plazo.

En el 2001, Iruarrizaga, Romero, Camuñas, Rubio y Cabrerizo, llevaron a cabo un programa de intervención para el control emocional en pacientes con obesidad mórbida. Se impartieron 14 sesiones de 90 minutos y el número de sujetos era de 5. Los objetivos de la intervención eran dotar de estrategias a los pacientes para que redujeran sus niveles de ansiedad, depresión e ira, aumentar su locus de control interno y en definitiva mejorar su calidad de vida. Durante el tratamiento se entrenó a los sujetos en la técnica de relajación muscular progresiva, la respiración abdominal, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas, el control de estímulos y en asertividad, además de darles psicoeducación. Para comparar los resultados pre-post, se utilizaron los siguientes cuestionarios: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994), Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI (Spielberger, 1991), Cuestionario Tridimensional de Depresión -CTD (Jiménez, Miguel Tobal, Cano Vindel, 1996) y Control, Defensa y Expresión de Emociones -CDE (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, 1996). Los resultados obtenidos mostraron resultados positivos en reducción de ansiedad, depresión e ira además de una reducción media de 4.5 kg. Sin embargo estos resultados son poco consistentes ante el reducido número de muestra.

El grupo de Garaulet (2006), está llevando a cabo un método grupal basado en la terapia del comportamiento y en la dieta mediterránea que se ha visto efectivo para bajar de peso y mejorar las patologías asociadas a la obesidad. En los grupos, se imparten charlas de cuatro tipos: nutricionales (ayudan a seleccionar mejor los alimentos y se dan nociones de nutrición); sobre fisiología (en ellas se explica porqué engordamos,

hormonas y péptidos implicados, aspectos fisiológicos de la pérdida de peso, procesos de absorción y digestión de alimentos, etc.); sobre aspectos conductuales y cognitivos (para el control de estímulos, manejo de pensamientos, detección de barreras para la pérdida, etc.); y grupos prácticos (en los que se atiende a problemas prácticos como hacer la lista de la compra, cómo organizar eventos y salidas, etc.). Los buenos resultados y los aspectos nutricionales basados en la dieta mediterránea también los recogen en otros trabajos como el de Corbalán y cols., 2009.

Alvarado, Guzmán y González (2005), llevan a cabo un programa de intervención psicológica para pacientes obesos cuyos objetivos eran averiguar si los obesos que recibían terapia psicológica bajaban más rápido de peso que las que no la recibían y si después de la intervención estos pacientes habían aumentado su nivel de autoestima. Se trataba de un estudio cuasiexperimental con grupo experimental y grupo control. Quizás el problema fundamental es que contaron con una muestra pequeña (10 sujetos). Para la evaluación de la autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, versión para adultos (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). El programa constó de 12 sesiones de dos horas de duración, en las que se impartieron técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, técnicas de autocontrol y de mejora de la autoestima, técnicas de visualización, técnicas de relajación y reforzamiento. Los resultados obtenidos muestran como los sujetos que recibieron intervención psicológica llegaron con mayor rapidez a su peso que los que no recibieron este tipo de intervención, y cómo estos pacientes mejoraron su autoestima al final de la intervención de forma significativa.

Buclin (2010) llevó a cabo un estudio para estudiar la evolución del peso corporal en pacientes obesos que ingresaron a un programa residencial interdisciplinario de 2 semanas y con seguimiento ambulatorio. Participaron 39 pacientes en el programa. Este consistía en terapias individuales y de grupo en los que se intentaban modificar hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad se intentó aumentar los niveles de actividad física, dar a los sujetos información nutricional y dotarles de técnicas cognitivo-conductuales. Tras 5 años de seguimiento, 33 sujetos completaron el estudio y de ellos el setenta por ciento perdieron peso y lo mantuvieron (Leija y cols., 2011).

García, Saldaña, Bach, Tomás y Bados (1997), evaluaron la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la obesidad adaptado a las características de los pacientes mediante un diseño de caso único AB Seguimiento con replicación clínica. Los 10 pacientes que terminaron el programa perdieron de media 18.07 kilogramos. Los pacientes que bajaron más, tuvieron una bajada más regular durante el tratamiento y menor recuperación de peso en el seguimiento. Sin embargo, a los cinco años de seguimiento los sujetos habían recuperado como media el 71.86% de lo perdido. Las técnicas puestas en práctica (psicoeducación para el paciente y su pareja, programa de actividad física, técnicas de relajación, control de estímulos, reestructuración cognitiva, asertividad, resolución de problemas, prevención de recaídas) y los horarios para la intervención se aplicaron de forma flexible a lo largo de unas 32 sesiones de una media de 90 minutos de duración. Ponen de manifiesto que aunque en la mayoría de los estudios se aplican autoinformes a los participantes antes de la intervención, esto no tiene como objetivo individualizar los tratamientos, sino identificar variables predictivas o posibles relaciones entre variables.

También Stubbs y cols. (2011) hacen hincapié en la necesidad de que los tratamientos sean individualizados en función de las necesidades de cada persona para que sea posible una mayor probabilidad de éxito en el mantenimiento del peso perdido y un cambio de estilo de vida saludable sostenible en el tiempo.

Pedrero (2002), Hace una búsqueda de los recursos electrónicos disponibles a través de la red para la ayuda a los pacientes o a los profesionales, relacionados con los problemas de adicción, entre ellas la adicción a la comida. Encuentra que hay algunos recursos electrónicos relacionados con los trastornos de la alimentación y/o con la obesidad que ofrecen información sobre los trastornos y normalmente remiten a algún tipo de centro, generalmente privado, para su tratamiento. Otras páginas, previo pago o gratis, ofrecen tratamiento *on-line* (<http://www.edrecovery.com/index.html>); *Website On Eating Disorders* (<http://www.somethingfishy.org/whatarethey/coe-s.php>); *Boulimie.com* (<http://www.boulimie.com/spa/accueil.htm>). Por último, algunas ofrecen la creación de grupos tipo autoayuda como *New Realites Eating Disorders Recovery Centre* (<http://www.newrealitiescan.com/Pages/index.html>); *Edeo* (<http://www.edeo.org/aboutedeo.htm>); o *Wanbula* (http://members.nbci.com/_XMCM/wanbula/quees.html). Una página muy completa

dirigida también a profesionales, pero más específicamente a los pacientes es *Eating Disorders Mirror-Mirror* (<http://www.mirror-mirror.org/eatdis.htm>), aborda de forma integral el tratamiento de los desórdenes alimenticios (incluyendo la comida compulsiva). Ofrece todo un programa cognitivo-conductual autoaplicable con los soportes documentales, instrumentales y de apoyo externos para efectuar un adecuado autotratamiento. También destaca la página *Eating Disorders* (<http://eatingdisorders.about.com/>), en la que aporta una guía de enlaces a páginas que abordan cualquier tópico asociado a estos problemas (de la depresión, a la prevención de recaídas). Concluye que todavía son necesarios estudios que comprueben la fiabilidad y utilidad de los recursos electrónicos para ayudar a las personas afectadas de algún tipo de adicción.

Para concluir, las nuevas tecnologías como la telepsicología, la realidad virtual y la realidad aumentada, se han convertido en otro recurso disponible para la evaluación y el tratamiento de los problemas psicológicos, entre ellos, los problemas de alimentación. Dentro del marco de la psicología, las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) se han aplicado en distintos ámbitos (psicología experimental, clínica, evaluación, etc.) con el fin de proporcionar un beneficio a los ciudadanos. La *Realidad Virtual*, permite crear un ciber espacio en el que es posible una interacción en tiempo real con cualquier objeto o ser. En la *Realidad Aumentada* se introducen elementos virtuales dentro del mundo real, diferenciándose de la realidad virtual en el menor grado de inmersión que el sujeto tiene en el sistema. Por último, la Teleasistencia consiste en el uso de la tecnología para poner en contacto a los pacientes con los profesionales (Botella y cols., 2007; previsl.com: <http://www.previsl.com/es/index.asp>). Otras TICs para los tratamientos psicológicos son los dispositivos que integran la Computación Ubicua y la Computación Persuasiva. La *Computación Ubicua* es la tendencia a la informatización y conexión en red de nosotros mismos con múltiples dispositivos de nuestro entorno con el fin de permitir un acceso flexible y libre a la información desde cualquier lugar y en cualquier momento (por ejemplo, la implementación de esta tecnología en los teléfonos móviles y PDAs con conexión a internet y vía *Bluetooth* que hace que puedan comunicarse con otros dispositivos de forma muy natural y sin necesidad de cables). En la *Computación Persuasiva* su inserción se ha hecho a través de las páginas Web interactivas, *software* y dispositivos móviles que tienen como fin cambiar determinados comportamientos (Botella, Quero,

Serrano, Baños y García, 2009). Un ejemplo es poder recibir mensajes persuasivos en la PDA justo en el momento en el que se tiene que tomar una decisión de tomar comida nutritiva o no en el caso del tratamiento de los problemas alimenticios (Intille, Kukla, Farzanfar y Bakú, 2003, extraído de: Botella y cols., 2009).

Un área de aplicación clínica de la realidad virtual, es su uso en el tratamiento de la imagen corporal dentro de la intervención de los trastornos de alimentación. Se ha visto útil para trabajar la distorsión de la imagen corporal tan frecuente en estos trastornos (Botella y cols., 2007; Botella y cols., 2009) y cada vez son más los trabajos que exploran la eficacia de esta herramienta en el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal (Marco y Botella, 2004; Myers y cols., 2004; Perpiña, Botella y Baños, 2003; Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2002; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004, extraídos de: Botella, García, Baños y Quero, 2007b; Gutierrez, Ferrer, Caqueo y Moreno, 2010). La realidad virtual permite representar la imagen corporal de forma más objetivable y los pacientes suelen encontrarse más cómodos trabajando con el ordenador y parece que aceptan mejor la información ofrecida a través de la computadora que la que es proporcionada por el terapeuta u otras personas significativas (Botella y cols., 2007b).

También se está comprobando su utilidad en el tratamiento de la obesidad y en trastorno por atracón mediante un simulador de realidad virtual de comida (Bordnick, Carter y Traylor, 2011; Lozano y cols., 2002, extraído de: Botella y cols., 2007). Un ejemplo, es el proyecto ETIOBE dirigido a niños obesos. Este proyecto tiene como objetivo diseñar y poner a prueba un programa de TCC para este problema apoyado por TICs. Trata de potenciar la eficacia y eficiencia del programa de tratamiento tradicional, mejorando la adherencia al mismo y fortaleciendo los mecanismos de auto-control de los niños, para conseguir el mantenimiento de los logros terapéuticos y prevenir las recaídas (Botella y cols., 2009).

Programas específicos:

Por otra parte, existen programas de intervención psicológica cognitivo-conductuales más específicos. En ellos se trata de comprobar la eficacia de determinadas técnicas psicológicas, tratan de paliar o tratar síntomas más concretos y/o van dirigidos a poblaciones más específicas.

Un ejemplo de programa centrado en una técnica específica es el de Black (1987). Este autor llevó a cabo una intervención breve en **entrenamiento en solución de problemas** en un grupo de siete mujeres obesas para comprobar su grado de eficacia. Después de la intervención y en los seguimientos de tres y doce meses, se consiguieron bajadas significativas de peso. Concluyen que las intervenciones breves pueden ayudar a la bajada de peso y que la técnica de solución de problemas puede ser importante en las intervenciones. También Murawski y cols. (2009) encontraron que el entrenamiento en solución de problemas mejoraba la adherencia al tratamiento y favorecía la pérdida de peso.

Otros autores ponen de manifiesto la importancia de incluir en las intervenciones la **entrevista motivacional** para optimizar los resultados de los tratamientos de bajada de peso y su mantenimiento (Armstrong y cols., 2011; DiMarco y cols., 2009; Golay, 2006; Reiner y cols., 2010; Rieger y cols., 2009).

Programas dirigidos a una población o síntoma específicos son:

Camuñas y cols. (2001) llevaron a cabo un programa grupal de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la obesidad de **mujeres menopáusicas** en el que trataban de cambiar hábitos de alimentación poco saludables y mejorar el control emocional de las pacientes. El programa constó de siete módulos (informativo, control estimular, elaboración de menues, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales) y se impartió a 11 mujeres a lo largo de 17 sesiones de 90 minutos de duración. Para evaluar los resultados se utilizaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994); el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; en su versión española de Vázquez y Sanz,

1999); y el Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Spielberger, 1988, 1991; en su versión española de Spielberger, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y Casado, 1999). Tras la intervención, las mujeres que habían participado en el programa disminuyeron significativamente sus niveles de ansiedad, depresión e ira y mejoraron sus hábitos de alimentación, lo que seguramente les ayudó a la bajada de peso (media de 6.06 kg). Estos resultados se mantuvieron y en algunos casos se mejoraron en el seguimiento a cuatro meses.

Kajaste, Brander, Telakivi, Partinen y Mustajoki (2004) llevaron a cabo un programa cognitivo-conductual para la bajada de peso de pacientes con **síndrome de apnea obstructiva del sueño**.

Carrasco y cols. (2008), pusieron en marcha un estudio piloto de intervención multidisciplinar en adultos con **sobrepeso u obesidad con riesgo de diabetes**. El objetivo del programa era promover estilos de vida saludables a través de un protocolo de intervención multidisciplinar que se llevó a cabo en 4 meses con un seguimiento a los dos meses. Se incluyó atención médica, atención nutricional, sesiones de actividad física y sesiones educativas grupales de una hora de duración. Tras la intervención, la reducción de peso fue de un 4% del peso inicial y se obtuvieron una reducción significativa en los principales valores bioquímicos de impacto (glicemia de ayunas, insulina basal). Este programa plantea la necesidad de actuar a nivel preventivo.

Otros programas para tratar la obesidad en **pacientes diabéticos** son: el de Knowler y cols., 2002; Smith y Wing, 1991; Tuomilehto y cols., 2001. Por último, un programa para prevenir la diabetes gestacional dirigido a mujeres obesas embarazadas es el de Quinlivan, Lam y Fisher, 2011.

Para el tratamiento de **pacientes hipertensos** el programa de: Fernández y cols., 2006 y Stevens y cols., 2001.

Para el tratamiento del estrés a través de un tratamiento cognitivo-conductual en mujeres **obesas con trastorno por atracón**: Gluck, Geliebter y Lorence, 2004.

Para **mujeres con problemas de fertilidad**: Galletly, Clark, Tomlinson y Blaney, 1996.

Para ver la **correlación entre las expectativas y fantasías en la pérdida de peso** con los resultados en el tratamiento. No se encontraron resultados contundentes (Oettingen y Wadden, 1991).

Para **mejorar la imagen corporal** de mujeres obesas, Rosen, Orosan y Reiter (1995), llevaron a cabo un programa con mujeres obesas que consistía en: proporcionar información para cuestionar los estereotipos negativos sobre la obesidad; modificar pensamientos intrusivos de insatisfacción corporal y las ideas sobrevaloradas sobre la apariencia física; exposición a situaciones sobre la imagen corporal evitadas; eliminación conductas de chequeo del propio cuerpo. No se dieron pautas de alimentación ni de ejercicio. Tras ocho sesiones, las mujeres no registraron cambios en peso, pero sí mejorías en sintomatología psicológica, autoestima y disminución de atracones con sus posteriores sentimientos de culpa (Saldaña, 1998). Ramirez y Rosen (2001), compararon la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual respecto a ese mismo tratamiento incorporándole pautas para la mejora de la imagen corporal. Ambos tratamientos fueron eficaces, pero el segundo (terapia cognitivo-conductual con pautas para la mejora de la imagen corporal), no aportó mejorías significativas en la imagen corporal, en la bajada de peso ni en su mantenimiento respecto al primero.

Aguilera, Leija, Rodríguez, Trejo y López (2009), a partir del modelo de Young de **Esquemas Tempranos Desadaptativos** (ETD), llevaron a cabo un programa cognitivo-conductual de 14 sesiones aplicado a 22 mujeres obesas con medidas pre-post para ver si había diferencias en estos esquemas tras la intervención y en el peso e IMC de las participantes. Se les aplicó el Cuestionario de Esquemas (Young y Brown, 1990) y les tomaron las medidas antropométricas antes y después de la intervención. Tras la intervención, se hayó que la terapia cognitivo-conductual grupal, puede ser eficaz para cambiar esquemas disfuncionales relacionados con la enfermedad y cambiarlas por otros nuevos más acordes con la bajada de peso y hábitos más saludables.

Linde y cols. (2011) llevan a cabo un programa **mujeres obesas con sintomatología depresiva** en el que incluían en el tratamiento para la bajada de peso,

aspectos del tratamiento cognitivo-conductual para la depresión y lo comparan con otro en el que no se incluían estos aspectos. Tras aleatorizar a 203 mujeres para asignarlas a los dos grupos, los resultados mostraron una mejoría de la sintomatología depresiva en ambos grupos.

A continuación, se presenta una tabla resumen de las intervenciones psicológicas para la obesidad y su comparación (véase tabla 7).

TABLA 7. Intervenciones psicológicas para la obesidad y su comparación
(Collins, Rothblum y Wilson, 1986; Fabricatore, 2007; Fernández y cols., 2006; Lifshits, 2004, citado por Leija y cols., 2011; Nauta y cols., 2001; Shaw y cols., 2008; Viegner y cols., 1990; Wadden, Foster y Leticia, 1994; Werrij y cols., 2009)

<p>Terapia conductual vs ausencia de tratamiento</p> <p>Los estudios demuestran un efecto beneficioso de las estrategias conductuales en la inducción de pérdida de peso.</p>	<p>Foreyt, 1973</p> <p>Goodrick, 1998</p> <p>Hagen, 1974</p> <p>Israel, 1979</p> <p>Jeffery, 1995</p> <p>Oldroyd, 2001</p> <p>Rozensky, 1976</p> <p>Saccone, 1978</p> <p>Stevens, 2001</p> <p>Wollersheim, 1970</p>
<p>Terapia conductual más intensiva vs menos intensiva</p> <p>A mayor número de estrategias conductuales, un contacto clínico más frecuente o una intervención de mayor duración, se aumenta la efectividad de la intervención.</p>	<p>Black, 1983</p> <p>Black, 1984</p> <p>Brownell, 1978</p> <p>Burnett, 1985</p> <p>Carroll, 1981</p> <p>Castro, 1983</p> <p>Chapman, 1978</p> <p>Hagen, 1974</p> <p>Israel, 1979</p> <p>Jeffery, 1983</p> <p>Jeffery, 1995</p> <p>Johnson, 1979</p> <p>Kirschenbaum, 1985</p> <p>Rozensky, 1976</p> <p>Saccone, 1978</p> <p>Wing, 1991</p> <p>Wing, 1996</p> <p>Fernández y cols. (2006)</p>

<p>Terapia conductual más régimen dietético/ejercicio vs régimen dietético/ejercicio</p> <p>Los estudios favorecieron la combinación de la terapia conductual con intervenciones nutricionales y de ejercicios para mejorar la pérdida de peso.</p>	<p>Black, 1984</p> <p>Calle-Pascual, 1992</p> <p>Gormally, 1981</p> <p>Jeffery, 1985</p> <p>Lindahl, 1999</p> <p>Stuart, 1971</p> <p>Wing, 1984</p> <p>Wing, 1985</p>
<p>Terapia cognitiva más régimen dietético vs régimen dietético/ejercicio</p> <p>Ambos disminución del IMC y de aspectos psicopatológicos (comer compulsivamente, nivel de depresión, autoestima...). A largo plazo, mejores resultados el tratamiento dietético junto con terapia cognitiva.</p>	<p>Werrij y cols. (2009)</p>
<p>Terapia conductual vs terapia cognitiva</p> <p>Las estrategias conductuales se muestran superiores en la pérdida de peso que las estrategias cognitivas.</p>	<p>Goodrick, 1998</p> <p>Nauta, 2000</p> <p>Wollersheim, 1970</p> <p>Nauta y cols. (2001)</p>
<p>Terapia cognitiva vs terapia conductual vs terapia cognitivo-conductual vs grupo control</p> <p>Mejorías en los tres tratamientos respecto al grupo control después del tratamiento pero no después en el seguimiento.</p> <p>Necesarios más estudios.</p>	<p>Collins y cols. (1986)</p> <p>Fabricatore (2007)</p>
<p>Terapia cognitivo-conductual más régimen dietético/ ejercicio vs régimen dietético/ejercicios</p> <p>La pérdida de peso se mejora significativamente mediante la incorporación del componente cognitivo-conductual a la intervención.</p>	<p>Block, 1980</p> <p>Dennis, 1999</p>
<p>Hipnoterapia vs ausencia de tratamiento</p> <p>Grupo de hipnoterapia perdió significativamente más peso que los participantes del grupo sin tratamiento.</p>	<p>Cochrane, 1985</p>

<p>Tratamiento de relajación vs ausencia de tratamiento</p> <p>Tratamiento de relajación perdió más peso que los del grupo sin tratamiento.</p>	Block, 1980
<p>Terapia cognitivo-conductual vs ausencia de tratamiento</p> <p>La terapia cognitivo-conductual mejora los resultados en la pérdida de peso Sin embargo, la magnitud de la pérdida de peso es pequeña.</p>	Agras, 1995
<p>Terapia cognitivo-conductual vs ausencia de tratamiento y terapia conductual</p> <p>Terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que la terapia conductual para la pérdida de peso.</p>	Sbrocco, 1999
<p>Terapia cognitiva vs ausencia de tratamiento</p> <p>Ambos grupos aumentaron de peso. Los participantes en el grupo de terapia cognitiva aumentaron más peso que los participantes en el grupo sin tratamiento.</p>	Goodrick, 1998
<p>Terapia cognitivo-conductual vs régimen dietético</p>	Lifshits, 2004, citado por Leija y cols. (2011)
<p>Disntintos tipos de dietas dentro de tratamiento cognitivo-conductual.</p>	Wiegner y cols. (1990) Wadden y cols. (1994)
<p>Terapia cognitivo-conductual más régimen dietético/ejercicio versus régimen dietético/ejercicio</p> <p>Pérdida de peso mejoró significativamente mediante la incorporación del componente cognitivo-conductual a la intervención.</p>	Painot, 2001
<p>Intervenciones de pérdida de peso en participantes con diabetes mellitus no insulín dependiente</p>	Calle-Pascual, 1992 Wing, 1985

<p>Intervenciones en participantes con disminución de la tolerancia a la glucosa</p> <p>Intervención en participantes con hipertensión leve</p> <p>Reducciones de la presión arterial sistólica y diastólica, colesterol sérico, triglicéridos y glucosa en plasma en ayunas se asociaban con pérdida de peso. La calidad de vida y el bienestar no se informaron en los estudios.</p>	<p>Lindahl, 1999</p> <p>Oldroyd, 2001</p> <p>Stevens, 2001</p>
<p>CONCLUSIONES: Las personas con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones psicológicas. Especialmente de las estrategias conductuales y cognitivo-conductuales para mejorar la reducción de peso. Estas estrategias son principalmente útiles cuando se combinan con estrategias dietéticas y de ejercicio. Las terapias cognitivas no parecen ser tan eficaces; sin embargo falta por evaluar con más profundidad un conjunto de estrategias aisladas como la relajación y la hipnosis.</p> <p>Cuando se consiguen pérdidas de peso, incluso moderadas, con una intervención psicológica, es posible que también mejoren varios indicadores de enfermedad. Su relevancia clínica y efectos sobre la mortalidad no pueden establecerse a partir de estos estudios ya que la duración del seguimiento fue demasiado corta.</p>	

1.2.4. El Método Ravenna

A continuación, se describe brevemente el Método Ravenna ya que será de interés para poder comprender algunos aspectos del trabajo empírico. Todas las mujeres de la muestra, son mujeres que acudían en el momento de la investigación al Centro Ravenna Madrid y se encontraban en la fase de mantenimiento. Es por ello que parece pertinente la descripción de este Método.

En general, el Método Ravenna consta de cuatro pilares fundamentales para un tratamiento multidisciplinar de la obesidad y el sobrepeso (Ravenna, 2006; Ravenna, 2009):

1. Nutricional
2. Médico
3. Psicológico
4. Actividad física

No es un método actualmente validado científicamente, pero la intervención psicológica se nutre de las distintas técnicas de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de conducta que sí se han mostrado eficaces para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso (Shaw y cols., 2008; Saldaña, 2003), como son la entrevista motivacional (Armstrong y cols., 2011; DiMarco y cols., 2009; Golay, 2006; Reiner y cols., 2010; Rieger y cols., 2009), el entrenamiento en solución de problemas (Black, 1987; Murawski y cols., 2009), el control de estímulos, registro de peso diario, educación nutricional, contacto terapéutico continuo, cambios de estilo de vida, prevención de recaídas (Saldaña, 1998), instauración del hábito del ejercicio físico (Garaulet, 2006; Saldaña, 1998; Villanova y cols., 2006), mejora del autocontrol y la autoeficacia (Garaulet, 2006; Legenbauer y cols., 2010; Teixeira y cols., 2010), mejorar la satisfacción con el propio cuerpo (Foster y cols., 2004), personalizar el tratamiento (Jeffery y cols., 2009); y/o pesarse diariamente (Butryn y cols., 2007).

El psicólogo enseña, moldea y refuerza los cambios de conducta necesarios para bajar de peso y poder mantener los logros a medio y largo plazo, ya sea a través de la dieta o de la actividad física. También ayuda a ir eliminando o enseña a manejar las emociones, excusas, mitos y creencias que llevan al paciente a comer en exceso, ya que sin este cambio, será muy difícil en el futuro mantener las bajadas de peso. En definitiva, ayuda al paciente a crear otro estilo de vida compatible con un buen estado físico y emocional.

Al igual que en el método de Judith Beck para adelgazar (Beck, 2009), será fundamental enseñar al obeso a pensar como una persona delgada y dejar atrás creencias y pensamientos que le llevan a comer de más y a vivir de manera poco saludable.

Estos cuatro pilares (medicina, nutrición, psicología y actividad física) siguen tres conceptos básicos: CORTE, MEDIDA, DISTANCIA. El corte con los excesos y con el estilo de comer anterior; la medida en las porciones, el cuerpo, la ropa, etc.; y la distancia de la comida para no despertar al deseo y entre las comidas (tendrán que pasar más de dos horas y menos de cuatro entre comida y comida; Ravenna, 2009c).

Ravenna afirma que no todas las personas con problemas de peso son adictas, pero considera que el vínculo que se establece con la comida muchas veces es un vínculo adictivo, cuando la persona quiere parar, y no puede (Ravenna, 2009).

Otra parte muy importante de los tratamientos es la parte grupal (Ravenna 2006). La terapia de grupo puede ser positiva en el sentido de que el paciente puede ver que no es el único que tiene ese problema; es un medio en el que el paciente puede aprender de las experiencias de los otros miembros del grupo y además es económico en términos de tiempo y esfuerzo (Fairburn, 2011).

Comparando la terapia cognitivo-conductual en formato grupal o individual, parece que no existen diferencias significativas entre ambas intervenciones, aunque la terapia grupal si que alcanza mejores resultados especialmente a corto plazo (Cresci y cols., 2007).

Por último, el Método Ravenna consta de dos fases diferenciadas: la primera es llamada *fase de descenso*, en la que el paciente baja los kilos que le sobran hasta llegar al peso marcado por la nutricionista o a un peso saludable; y la segunda la *fase de mantenimiento*, en la que el paciente aprende a mantener en el tiempo el peso alcanzado tras la fase de descenso, a través de la consolidación de un nuevo estilo de vida.

2. SEGUNDA PARTE TRABAJO EMPÍRICO

2. SEGUNDA PARTE – TRABAJO EMPÍRICO

2.1. Planteamiento del problema

La obesidad es una enfermedad crónica que suele comenzar en la infancia y la adolescencia. Su origen viene de una interacción genética y ambiental, considerándose más importante el factor ambiental o conductual. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal, que se refleja en un exceso de peso y volumen corporal fruto de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Sin embargo, esta concepción es muy simplista ya que el origen y el mantenimiento de la obesidad influyen otros factores demográficos y culturales (Raich, 2008). Es por ello, que en la actualidad todavía no se encuentra una definición definitiva del término obesidad (Saldaña y cols., 1994b).

La obesidad es una enfermedad que cada vez afecta a mayor número de personas en los países desarrollados tanto en el caso de los hombres como de las mujeres. Las personas que padecen obesidad o sobrepeso pueden ver empeorada su calidad de vida por diversos factores biopsicosociales. Por ello, cada vez más autores recomiendan que se realice un trabajo multidisciplinar que sirva para prevenir o tratar posibles desajustes.

En los últimos años, la modificación de conducta ha ido ganando terreno en el campo de la salud. Sus técnicas se han ido aplicando a problemas relacionados con la salud física y el bienestar de las personas, por lo que se ha visto fundamental evaluar la eficacia de dichas intervenciones (Sánchez, Olivares y Alcázar, 1999).

Como se ha recogido en la revisión realizada, cada vez son más los programas cognitivo-conductuales (específicos o globales) que obtienen resultados satisfactorios en la prevención y/o tratamiento de la obesidad. Sin embargo, todavía siguen siendo escasos los estudios realizados y en especial, los estudios que cuentan con un grupo control y una muestra amplia.

Además, aunque cada vez es mayor la evidencia de que la TCC puede ser una alternativa efectiva a los tratamientos médicos, todavía son necesarias más investigaciones que aclaren cuales son los componentes más eficaces de los

tratamientos y poder así mejorar los servicios prestados a los pacientes especialmente en la fase de mantenimiento del peso perdido. Aunque muchos de los programas resvisados cuentan con seguimientos a medio y largo plazo tras la intervención y recalcan la importancia de seguir el contacto con los pacientes en la fase de mantenimiento para que no recuperen el peso perdido (Buclin y cols., 2010; Golay y cols., 2004; Larrañaga y García, 2007; Melchionda y cols., 2003; Van Dorsten y Lindley, 2011), sólo el programa de Cooper y cols. (2003) se centra en la etapa del mantenimiento exclusivamente.

Se hizo una revisión bibliográfica en los principales buscadores: Psycodoc, Psycinfo, Pubmed, Psyke, Cindoc. Se usaron los siguientes descriptores: obesity, overweight, weight maintenance, cognitive behavior therapy, psychotherapy, sexuality, sex therapy, marital problems, couple problems, quality of life.

Después de la realización de la revisión bibliográfica, no se han encontrado programas de tratamiento psicológico específicos sobre sexualidad y relación de pareja dirigidos a mujeres obesas o que han llegado a su peso saludable después de un tratamiento para la obesidad. Por otra parte, sí se ha encontrado en la bibliografía estudios que defienden el deterioro de la vida sexual (Bond y cols., 2011; Castellini y cols., 2010; Esposito y cols., 2007; Kim y cols., 2006; Kolotkin y cols., 2006; Kolotkin y cols., 2008; Llana y cols., 2007; Lucio, 2010; Morín, 2008; Ostbye y cols., 2011; Pearson, 2006; Shah, 2009; Trischitta, 2003; Werlinger y cols., 1997; Woodward, 2002) y de pareja de las mujeres obesas (incluso en mayor medida que en el caso de los hombres; Boyes y Latner, 2009; Kolotkin y cols., 2006; Ostbye y cols., 2011; Pearson, 2006); un mayor riesgo de padecer disfunciones sexuales femeninas (Morín, 2008); mayor evitación de encuentros sexuales (Bersh, 2006; extraído de Villaseñor y cols., 2006); y una disminución del valor dado a la sexualidad en las mujeres obesas (Lucio, 2010). Sin embargo, los estudios son contradictorios respecto a que exista o no un deterioro de la calidad de vida sexual y de pareja en las mujeres que han llegado a su peso saludable tras la intervención, y parece que el simple hecho de que las mujeres lleguen a su peso meta, repercute positivamente en su salud sexual aunque no reciban una intervención específica (Bond y cols., 2011; Kim y cols., 2006; Kolotkin y cols., 2008; Shah, 2009; Werlinger y cols., 1997).

Por otra parte, sí se han encontrado libros de autoayuda que traten el área de la sexualidad en personas obesas como: *Big Big Love: A Sourcebook on Sex for People of Size and Those Who Love Them* de Hanne Blank; o *Will the real women-- please stand up!: uncommon sense about sexuality, self-esteem, self-discovery, sex, and sensuality* de Ella Patterson. Woodward (2002), defiende la necesidad de un tratamiento psicológico que abarque la sexualidad y la vida en pareja de las personas obesas, y en concreto, que incluya aspectos estrechamente relacionados con la sexualidad de estos pacientes como son la imagen corporal, la autoestima, las habilidades de comunicación y la asertividad, la vergüenza, etc. También denuncia los escasos estudios existentes (Woodward, 2002).

Cuando una mujer obesa llega a su peso saludable, tiene más probabilidades de encontrar pareja (López, 2010), puede que esté más abierta a posibles relaciones (Cabello y Ávila, 2009) y que tenga un papel más activo en su búsqueda (Ravenna, 2006). Esta puede ser una de las razones por las que las mujeres que se apuntaron para recibir el programa de tratamiento fueran en su totalidad mujeres que se encontraban en la fase del mantenimiento del Método Ravenna, aunque el programa en un principio se ofreciera a todas las pacientes de la clínica.

Por otra parte, algunas mujeres que llegan al mantenimiento no ven cumplidas sus expectativas respecto a algunos aspectos relacionados con su vida sexual y de pareja (Ames y cols., 2005; Foster y cols., 2005; Garaulet, 2006). El programa puede ayudar a estas mujeres a ajustar estas expectativas no realistas (p.e. pensar que el sobrepeso u obesidad era lo que le impedía tener éxito con el sexo opuesto o en su relación de pareja; pensar que el motivo principal de evitar las relaciones sexuales era el exceso de peso, etc.) para que no interfieran en su calidad de vida sexual y de pareja. También puede darse el caso de que la mujer llegue a su peso meta, y al prestar atención a esta área de su vida, detecte o confirme “problemas reales”. El programa puede ayudarle a discernir y a poder encargarse de estos problemas que puede que antes no detectase, o que aun dándose cuenta, no ponía remedio (sirviéndose o no, de la ayuda de un profesional).

Además, algunos autores postulan que la obesidad puede usarse como mecanismo para evitar las relaciones sexuales por miedo a estas. Educar en algunos aspectos de la sexualidad y de la relación de pareja, puede ayudar a disminuir o eliminar

mitos y miedos que pueden haber originado o mantenido la obesidad como forma de protección frente a posibles amenazas (Bersh, 2006; Nardone y cols., 2011; Ravenna, 2009b; Villaseñor y cols., 2006).

Parece que una vez la mujer llega a su peso meta, esta tiene que enfrentarse (“ya sin excusas”) al “mundo afectivo-sexual”. También parece que este mundo es mucho más exigente en el caso de las mujeres que en el de los hombres y es por ello que suelen tener mayores desajustes cuando se encuentran con sobrepeso u obesidad. Es por ello que puede ser de mayor interés trabajar esta área de la sexualidad y de pareja en el caso de las mujeres.

También puede ayudar a mantener los resultados a largo plazo al tratar aspectos relacionados con la autoestima de las mujeres (Palmeira y cols., 2010; Colling y cols., 2008), fomentar la exposición al propio cuerpo (Latner, 2008; Mond y cols., 2007) y aumentar la satisfacción con el mismo (Foster y cols., 2004).

El programa de intervención, puede aportar evidencia sobre la eficacia de los programas cognitivo-conductuales para la mejora de calidad de vida de las mujeres obesas. En concreto, puede ser de gran utilidad en ofrecer datos sobre el área específica de la sexualidad y la pareja. Este área, no suele ser uno de los componentes de los programas de intervención, por lo que esta investigación puede ofrecer datos sobre la relevancia o no de intervenir sobre ella una vez que las mujeres han llegado a su peso saludable. Por otra parte, puede ofrecer información acerca de si trabajar esta área en las pacientes una vez llegan a su peso, puede mejorar de forma significativa su calidad de vida sexual/pareja y su calidad de vida general respecto a un Grupo control (GC) o frente al simple paso del tiempo en el mantenimiento.

La calidad de vida subjetiva de estas pacientes tampoco ha sido tomada en cuenta en muchas de las investigaciones anteriores (Guzmán y Zoraide, 2009) y existen estudios que, como en el caso de la calidad de vida sexual y de pareja, encuentran que la llegada al peso saludable y su mantenimiento a lo largo del tiempo hacen que mejore la calidad de vida de las pacientes (Casado y cols., 1997; Kushner, 2000 citado en Shaw y cols., 2008).

Por último, el programa puede ayudar a alargar las intervenciones durante la fase de mantenimiento y hacer que los pacientes se mantengan en contacto con los profesionales, con lo que se podrían mejorar los resultados a largo plazo ya que muchos pacientes no consiguen mantener las pérdidas de peso alcanzadas a lo largo del tiempo (Baum y cols., 1991; Brosens, 2009; Garaulet, 2006; Harvey y cols., 2004).

El programa de intervención que se se expondrá a continuación, surgió al detectar que algunas de las mujeres que llegaban a la fase de mantenimiento o se encontraban próximas a ella, demandaban información y pautas relacionadas con su vida sexual y de pareja durante las sesiones individuales con el psicólogo. Fueron incluso algunas de estas mujeres las que sugirieron la posibilidad de llevar a cabo un taller específico sobre esta área afectivo-sexual, ya que en las sesiones de grupo convencionales, decían no encontrarse cómodas para compartir información tan íntima. Fue así como se empezó a pensar sobre esta posible necesidad de las pacientes y a valorar su interés real en participar en un grupo específico en el que se trataran los temas de la sexualidad y la pareja. Muchas de ellas, se mostraron muy interesadas en recibir el taller. Sin embargo, aunque en un principio el número de mujeres interesadas era mayor del que luego realizó finalmente el taller (ya sea por dificultad en los horarios, miedo a participar, falta de interés real, etc.), el número se consideró suficiente para poder realizarlo de forma satisfactoria.

La etapa de mantenimiento sigue siendo “la gran dificultad” de los programas hasta ahora existentes, y sin embargo, existen escasos estudios que se centren en esta fase. Este programa se centra en esta parte del tratamiento de la obesidad y puede mostrar evidencia sobre aspectos de la calidad de vida y la sexualidad y relación de pareja de las mujeres una vez han recuperado su peso saludable y de la necesidad o no de intervenir en esta área (área que aunque a veces los pacientes pueden demandar consejos y pautas, no ha sido estudiada hasta el momento en la fase de mantenimiento, ni tampoco intervenida en general). Además puede aportar datos de si la intervención en esta fase aporta beneficios en el bienestar de las mujeres respecto a un grupo control o frente al simple paso del tiempo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SEXUALIDAD Y RELACIÓN DE PAREJA PARA MUJERES OBESAS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO:

Programa dirigido a mujeres en etapa de mantenimiento, cuyo **objetivo general** es tratar el desajuste personal y de pareja que pueden sufrir estas mujeres una vez han llegado al peso saludable.

Objetivos específicos:

- Aumento de los conocimientos relativos a la relación entre la obesidad, la respuesta sexual y la relación de pareja y eliminación de mitos.
- Mejora de la autoestima.
- Mejora/mantenimiento de la respuesta sexual.
- Mejora/mantenimiento de la relación de pareja.
 - Aumento del intercambio positivo de la pareja y disminución del intercambio negativo.
 - Mejora de las habilidades de comunicación.
 - Mejora de las habilidades de solución de problemas.
 - Fomento de relaciones sexuales placenteras.
- Mejora de la calidad de vida.

Consta de ocho sesiones semanales de 90 minutos de duración. Se estima una duración total de referencia de 12 horas para la parte de aplicación <<controlada>> directamente por el terapeuta. Cada una de las sesiones consta de contenidos teóricos-informativos sobre la sexualidad y la relación de pareja y una parte práctica, en la que se enseñan diversas técnicas psicológicas específicas. Al final de las sesiones se asignarán una serie de tareas para casa.

Es un programa sencillo, fácil de aplicar y generalizable a distintos contextos. Además, al aplicarse de manera grupal, se reducen gastos de tiempo y dinero y puede servir para ayudar a las mujeres a aumentar su círculo social. También puede ser útil para ayudarles a normalizar su situación, al compartir su experiencia y poder identificarse con otras mujeres que están en su misma etapa.

La sexualidad y la pareja son dos áreas fundamentales de la calidad de vida de los seres humanos. Por ello, el eliminar desajustes en este ámbito de la vida, puede ser determinante en el aumento o disminución de la calidad de vida de estas mujeres. Además, puede ser elemental para que no se establezcan círculos viciosos como el de: a peor vida sexual y de pareja, peor estado de ánimo y viceversa.

Por último, aunque en el programa se enseñan técnicas psicológicas no sólo específicas de la terapia sexual y de pareja (respiración diafragmática, autoinstrucciones...), su práctica y aplicación estarán muy orientadas a este área.

2.2. Justificación de la investigación

Las principales aportaciones que se pretenden conseguir con este trabajo de investigación son las siguientes:

En primer lugar, este estudio va a permitir la obtención de datos sobre los niveles de calidad de vida, autoestima, y sobre la sexualidad y la relación de pareja de mujeres en etapa de mantenimiento tras un programa multidisciplinar de bajada de peso. Ello es preciso para determinar en qué medida es necesaria la aplicación de intervenciones psicológicas en esta población y sobre qué áreas puede ser más interesante.

En segundo lugar, esta investigación, coincidiendo con los objetivos del programa de intervención elegido, serviría de modo general para encontrar procedimientos efectivos/eficaces para disminuir o mitigar el desajuste sexual y/o de pareja de las mujeres obesas una vez llegado a su peso saludable (y en resumen, mejorar su calidad de vida).

En tercer lugar, se estudiarán distintas variables que se han visto a lo largo de la investigación que pueden influir en los resultados de los tratamientos y en la calidad de vida de las mujeres obesas (edad, relaciones sexuales y de pareja anteriores a la intervención, psicopatología previa, tratamientos anteriores, etc.).

Por último, como se ha enfatizado anteriormente, son pocos los programas psicológicos estructurados (y menos aun, puestos a prueba mediante investigación) que ayuden a los psicólogos a llevar a cabo su trabajo con mujeres obesas y/o con mujeres en etapa de mantenimiento. El poner a prueba este programa de intervención, no sólo puede hacer que se siga desarrollando esta línea de intervención psicológica y que siga cobrando importancia el trabajo psicológico en esta área, sino que también ayuda a que ese trabajo psicológico, tenga un respaldo científico en términos de eficacia y efectividad.

2.3. Objetivos

Se pretende valorar si el programa de intervención psicológica para mujeres en etapa de mantenimiento tras una intervención multidisciplinar mediante el Método Ravenna, es eficaz para mitigar el desajuste personal (especialmente en el área sexual) y/o de pareja que pueda surgir en las mujeres una vez llegado a su peso.

El programa irá dirigido a todas aquellas mujeres que se encuentren en esta fase de tratamiento y que no hayan recibido ningún taller de intervención psicológica para estas dos áreas (sexualidad y pareja).

Se analizarán si los cambios producidos en las participantes tras la intervención terapéutica se mantienen a medio y largo plazo en el seguimiento a uno y seis meses.

Se analizarán si existen diferencias tras el tratamiento en los síntomas en comparación a un grupo control.

Se hará un análisis cuantitativo y cualitativo del tratamiento (eficacia, satisfacción con el tratamiento y nivel de adherencia).

2.4. Hipótesis

- H1. El programa de intervención psicológica en sexualidad y pareja para mujeres en etapa de mantenimiento será eficaz para mitigar el desajuste personal y/o de pareja que pueda surgir en un grupo de mujeres en esta etapa del tratamiento respecto a las mujeres de un grupo control (GC). Las mujeres del grupo experimental (GE) respecto a las del grupo control:

- H.1.1. Mejorarán su autoestima.
- H.1.2. Mejorará su respuesta sexual.
- H.1.3. Mejorará su calidad de vida en pareja.
- H.1.4. Mejorará su calidad de vida general.

- H2. El programa de intervención psicológica en sexualidad y pareja para mujeres en etapa de mantenimiento será eficaz para mitigar el desajuste personal y/o de pareja que pueda surgir en un grupo de mujeres en mantenimiento a lo largo del tiempo. Las mujeres del grupo experimental (GE) tras la intervención y en seguimientos a uno y seis meses:

- H.2.1. Mejorarán su autoestima.
- H.2.2. Mejorará su respuesta sexual.
- H.2.3. Mejorará su calidad de vida en pareja.
- H.2.4. Mejorará su calidad de vida general.

2.5. Muestra

Fueron **admitidas** como sujetos a todas aquellas mujeres en etapa de mantenimiento que deseaban y podían participar en el estudio. Para su captación, se enviaron correos vía internet a las pacientes de la Clínica Ravenna Madrid y se pusieron carteles en sus instalaciones para que todas aquellas mujeres interesadas en participar en el programa se pusieran en contacto con las personas de administración y estas les explicaran los objetivos y el funcionamiento de la intervención.

Se **excluyeron** como sujetos a todas aquellas mujeres que no se encontraban en etapa de mantenimiento (o se encontraban en etapa de descenso) y/o que hubieran recibido otro tipo de taller relacionado con la sexualidad y la pareja.

Se tuvieron en cuenta (y se registraron para su posterior análisis) algunas de las variables que las investigaciones han demostrado relevantes a la hora de llevar a cabo una intervención por su posible influencia en los resultados como algunos aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con la sexualidad y la relación de pareja, ciertos hábitos saludables, la historia médica y la psicopatología previa y actual de los sujetos.

De las 28 mujeres evaluadas en un principio, fueron seleccionadas 23 para los posteriores análisis. 13 mujeres fueron asignadas al grupo experimental y otras 10 al grupo control. Se descartaron a 5 de ellas al disponer sólo de datos de la preintervención (y no de la post-intervención y seguimiento) ya que estas mujeres abandonaron el programa tras la primera evaluación (2 el grupo experimental y 3 el grupo control).

2.6 Métodos

2.6.1. Diseño

Diseño cuasiexperimental de dos grupos independientes (grupo experimental y grupo control) con medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a uno y seis meses).

Los grupos no son formados de manera aleatoria (los sujetos no han sido asignados al azar a las distintas condiciones experimentales). En función de la disponibilidad de las mujeres para asistir o no al grupo de tratamiento en las fechas establecidas, se les asignó al grupo experimental (lo formaron todas aquellas mujeres que pudieron y desearon asistir al programa) o al grupo control en lista de espera (lo formaron todas aquellas mujeres que no pudieron asistir al programa por cuestiones de horario, imposibilidad de acudir a todas las sesiones, etc.). Se trata por tanto de una muestra accidental o sesgada (no probabilística).

2.6.2. Variables e instrumentos

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable independiente con dos valores:

- Programa de intervención psicológica en sexualidad y relación de pareja para mujeres en etapa de mantenimiento.
- Grupo Control en lista de espera.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Ajuste personal y de la relación de pareja: podemos incluir dentro de esta variable:
 - Identidad personal-autoestima
 - Ajuste de la respuesta sexual
 - Ajuste relación de pareja
 - Calidad de vida

VARIABLES A CONTROLAR

- Terapeuta: controlada por constancia, de forma que siempre fue la misma terapeuta en todas las sesiones y en ambos grupos experimentales (la autora de este trabajo).
- Gravedad de la sintomatología: no se llevó a cabo ningún control a priori ya que se supuso que la gravedad de los síntomas se distribuiría de forma homogénea en los dos grupos considerados. En cualquier caso, se realizó una comprobación a posteriori en el análisis de datos para asegurar la homogeneidad de los grupos.
- Variables sociodemográficas (edad, clase social, nivel educativo, estado civil, etc.): se realizaron comprobaciones a posteriori para asegurar la homogeneidad de los grupos.
- Variables relacionadas con la sexualidad y la pareja (problemas sexuales y de pareja anteriores a la intervención, percepción de calidad de sus relaciones sexuales y de pareja

en una escala de 0 a 10, etc.): se realizaron comprobaciones a posteriori para asegurar la homogeneidad de los grupos.

- Variables relacionadas con la historia médica-psicológica (enfermedades médicas y tratamientos; trastornos psicológicos y tratamientos): se realizaron comprobaciones a posteriori para asegurar la homogeneidad de los grupos.

- Variables relacionadas con hábitos (consumo de alcohol, tabaco, etc.): se realizaron comprobaciones a posteriori para asegurar la homogeneidad de los grupos. Algunos estudios que valoran la calidad de la respuesta sexual en mujeres, tienen en cuenta el consumo de drogas durante la evaluación (García y cols., 2008) ya que el consumo de drogas puede ser un factor determinante en el deterioro de la respuesta sexual (Cabello, Sapetti, Glyna, López y miembros de la Academia Internacional de Sexología Médica, 2011; Gonzalez, 1995; González, Gálvez, Álvarez, Cobas y Cabrera, 2005; Kaplan, 2002; Labrador, 1994; Sánchez, 2010).

- IMC: las mujeres que participaron en la investigación, se encontraban en etapa de mantenimiento al empezar y al finalizar la intervención. Ninguna de las mujeres tuvo que pasar de nuevo a la etapa de descenso, por lo que el IMC se mantuvo en el rango de normopeso durante toda la intervención.

INSTRUMENTOS

Para cumplir los objetivos del presente estudio fue necesario **diseñar y poner en marcha un sistema de evaluación** que permitiera detectar las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas implicadas. Estas variables fueron estudiadas mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

Para evaluar **variables contaminadoras y los criterios de inclusión – exclusión** se elaboró una **entrevista semiestructurada** (ver anexo II).

Para evaluar la **variable dependiente**, se seleccionaron los siguientes instrumentos:

RSS (Rosenberg Self-Esteem Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg, 1979). Autoinforme que proporciona una medida global y unidimensional de la autoestima. La escala consta de 10 ítems. Cada ítem puede ser puntuado en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 1 – 4) pudiendo obtener una puntuación total máxima de 40, siendo la mayor la autoestima cuanto mayor es la puntuación alcanzada. La escala presenta una Fiabilidad Test-Retest aceptable (0.77) y una Consistencia Interna elevada (0.89) (Demo, 1985; extraído de Mora y Raich, 2005).

Los estudios de análisis de las propiedades psicométricas en nuestro país han encontrado un coeficiente alfa de 0.83 y de 0.81 (Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997; Arinero, Crespo, López, Martínez y Gómez, 2004, extraídos de Arinero, 2006).

Con respecto a la validez criterial, Pastor y cols. (1997) han encontrado un valor de 0.7. Su validez discriminante es también adecuada; así, por ejemplo, la EAR refleja una correlación negativa y significativa con la escala rasgo del STAI (-0.7) y con el BDI (-0.35) (Arinero y cols., 2004; Moreno-Jiménez, 1997; Pastor y cols., 1997, extraídos de Arinero, 2006).

Es la escala más utilizada para evaluar autoestima global en el contexto clínico dada su facilidad de administración y su corta duración de aplicación (Arinero, Crespo, López y Gómez, 2004; Pastor y cols., 1997, extraídos de López, 2005b).

Se utilizó la versión española de Echeburua y Corral (1998; ver anexo III). Según la investigación de Ward (1977; extraído de López, 2005b), un punto de corte para población adulta se puede establecer en 29. Este valor discrimina entre niveles de alta y baja autoestima.

EBP. La Escala de Bienestar Psicológico (Sánchez-Cánovas, 1998). Escala aplicable a adolescentes y adultos, de forma individual o colectiva, que evalúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción en un período de su vida. Está dividida en cuatro subescalas: Bienestar Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Bienestar en su Relación de Pareja. Permite obtener, además de las puntuaciones parciales, una combinada que puede ser interpretada como un índice general de bienestar psicológico y una escala ponderada que se obtiene a partir de los ítems con

mayor poder discriminativo. En nuestro caso, se aplicarán solo las escalas de Bienestar Subjetivo y Bienestar en la Relación de Pareja ya que son las medidas que se creen más relevantes para la investigación y se tendrá en cuenta tanto su puntuación directa como centil.

Las respuestas a cada ítem se valoran en una escala de 1 a 5 puntos de acuerdo a la frecuencia o conformidad con la afirmación. Al sumar directamente los valores que correspondan a las contestaciones del sujeto, se podrá obtener una puntuación máxima de 150 en la subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo (con un alfa de Cronbach de 0.935) y de 75 en la subescala de Bienestar en la Relaciones con la Pareja (con un alfa de Cronbach de 0.870). Las medias y desviaciones típicas para cada subescala en la población de mujeres son:

- Bienestar psicológico subjetivo general en mujeres: Media (101.97) y Desviación típica (20.74).
- Relaciones de pareja general en mujeres: Media (56.61) y Desviación típica (10.88).

FSFI. Índice de la función sexual femenina (Rosen y cols., 2000). Cuestionario autoadministrado, breve, sencillo y que da un abordaje multidimensional de la respuesta sexual femenina. Consta de 19 preguntas (15 con 6 posibles respuestas y 4 con 5 respuestas posibles). La mujer deberá de elegir la situación que mejor la describa durante las últimas 4 semanas.

La fiabilidad para los seis dominios y la puntuación total medida mediante el alfa de Cronbach fue de 0.82 y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada ($r = 0.79 - 0.86$). La validez discriminante se estableció comparando las respuestas medias del grupo de pacientes con disfunción sexual con el grupo control, las diferencias más altas encontradas entre los grupos fue en los dominios excitación y lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19.2 ± 6.63 en el grupo experimental y de 30.5 ± 5.29 en el grupo control, por lo que puede ser útil para discriminar población clínica (mujeres con disfunción sexual) de población normal (sin alteraciones sexuales). La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el Test de Satisfacción Marital de Locke-Wallace, la correlación se determinó

mediante r de Pearson y fue moderada para el grupo control ($r = 0.53$) y muy baja para el grupo experimental ($r = 0.22$; Rosen y cols., 2000).

Existe una traducción al castellano cuyo estudio está realizado con población chilena (Blümel y cols., 2004; ver anexo IV). La consistencia interna para los distintos dominios del test es buena (>0.70) o muy buena (>0.80). Cumple las propiedades psicométricas adecuadas, permite evaluar la sexualidad de la mujer en las distintas etapas de la vida y es un buen instrumento para estudios epidemiológicos y trabajos clínicos.

La puntuación directa total oscila entre 4 y 95 puntos, el dominio Deseo de 2 a 10, el dominio Excitación de 0 a 20, el dominio Lubricación de 0 a 20, el dominio Orgasmo de 0 a 15, el dominio Satisfacción de 2 a 15 y el dominio Dolor de 0 a 15.

El sistema de puntuación propuesto por Rosen y cols. (2000) y utilizado en la traducción en castellano es el siguiente (Blümel y cols., 2004): a la puntuación individual de cada ítem, se suman las demás del mismo dominio, multiplicándolo después por el factor correspondiente. La escala total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los 6 dominios. Una puntuación de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes. Además, cuenta con medias y desviaciones típicas para cada uno de los dominios y para la puntuación total en función de grupos de edad.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Deseo	1, 2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6.0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0.4	0	6.0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6.0
Rango total de la escala				2.0	36.0

Las medias y desviaciones típicas (sin atender al rango de edad) para la muestra en castellano son las siguientes (Blümel y cols., 2004):

- Dominio deseo: Media (3.6) y Desviación típica (1.2).
- Dominio excitación: Media (4.3) y Desviación típica (1.2).
- Dominio lubricación: Media (5.0) y Desviación típica (1.2).
- Dominio orgasmo: Media (4.6) y Desviación típica (1.3).
- Dominio satisfacción: Media (5.1) y Desviación típica (1.3).
- Dominio dolor: Media (5.0) y Desviación típica (1.2).
- Total: Media (27.6) y Desviación típica (5.8).

La elección de este instrumento se debe a que muchos de los estudios revisados lo emplean: Bond y cols., 2011; Bond y cols., 2011b; Castellini y cols., 2010; Castroviejo, 2010; Esposito y cols., 2007; Kadioglu y cols., 2010; Kim y cols., 2006; Shah, 2009; Yaylali y cols., 2010.

2.6.3. Procedimiento

El estudio constó de las siguientes fases: diseño del programa, captación de los posibles participantes, evaluación pretratamiento, aplicación de la intervención, evaluación postratamiento y seguimiento a uno y seis meses.

Para conseguir la muestra, los experimentadores se pusieron en **contacto vía correo electrónico con los pacientes de la Clínica Ravenna Madrid y a través de carteles informativos dentro de las instalaciones**. Para informar del programa de intervención, de los objetivos de la investigación y facilitar la transmisión de los contenidos al personal administrativo de la clínica, se les proporcionó *un resumen* escrito con los objetivos y técnicas de intervención, número y fecha de las sesiones y persona y lugar donde se llevaría a cabo el programa. Ambas vías de captación de sujetos se pusieron en marcha un mes antes de la aplicación del programa. Este procedimiento fue llevado a cabo en dos ocasiones formando dos grupos (tanto experimentales como controles) consecutivos en el tiempo. Por otra parte, es imposible saber a cuántos pacientes pudo llegar la publicidad del taller, ya que no es posible calcular el número de personas que leyeron los correos electrónicos o los carteles informativos. Además, también se ofertaba el taller en los grupos de apoyo y en las consultas individuales a través de los distintos profesionales (aunque no de una manera estructurada), lo que dificulta aún más el registro exacto del número de personas que recibieron la información sobre el taller.

Los criterios de inclusión de las participantes en el estudio fueron: tener disponibilidad e interés para asistir a las sesiones, no estar recibiendo o no haber recibido ningún taller relacionado con la sexualidad y pareja y estar en fase de mantenimiento.

Por otra parte, se tuvieron en cuenta (y se registraron para su posterior análisis para asegurar la homogeneidad de los grupos) algunas de las variables que las investigaciones han demostrado relevantes a la hora de llevar a cabo una intervención por su posible influencia en los resultados como la psicopatología previa y actual de los sujetos, edad, consumo de drogas, etc.

Para la selección y descarte de los sujetos y el control de variables contaminadoras, se elaboró una **entrevista semiestructurada** (ver anexo II). Esta entrevista se les aplicó a todos los usuarios (de forma colectiva durante la primera sesión del taller en el caso del grupo experimental y de forma individual en el caso de los sujetos del grupo control). También se les aplicó un **consentimiento** escrito en el que autorizaban su participación en el estudio y la utilización de sus datos con fines formativos y/o de investigación (ver anexo I), y **varios cuestionarios autoaplicables**. Estos cuestionarios eran: la *RSS* (Rosenberg Self-Esteem Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg, 1979); la *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)* (Sánchez-Cánovas, 1998) y el *Índice de la función sexual femenina (FSFI)* (Rosen y cols., 2000).

El orden de aplicación de los elementos que componen la evaluación, fue el orden citado en los párrafos anteriores. Primero el consentimiento y la entrevista y luego los cuestionarios en el orden expuesto. Esto es debido a que los últimos dos cuestionarios evalúan aspectos más íntimos de la mujer (vida sexual y de pareja) y podrían resultar más difíciles de contestar si se presentan en primer lugar o las mujeres podrían mostrar más reticencia. Por otra parte, para paliar en lo posible la falta de sinceridad en las respuestas, se les recalcó a las usuarias la confidencialidad de los datos y se les dio instrucciones de que fueran lo más sinceras posible a la hora de rellenar los cuestionarios. Incluso se les ofreció la posibilidad de firmar las pruebas de evaluación con un pseudónimo, siempre que éste fuera el mismo en las distintas aplicaciones de las pruebas.

En el caso del grupo experimental al estar presente el entrevistador en la aplicación de las pruebas, se pudieron ir resolviendo dudas. En el caso de los sujetos del grupo control, se les ofrecía un teléfono de contacto al que pudieran llamar en caso de no saber contestar a alguna de las cuestiones.

A cada participante del programa, ya sea en el grupo experimental o en el grupo control, se le asignó un número de paciente de manera consecutiva para asegurar su anonimato a la hora de utilizar sus datos.

A los sujetos del grupo experimental, se les dio la instrucción de que no comentasen con personas que formasen parte del grupo control, ninguno de los

contenidos dados en las sesiones. Con ello se pretendía controlar que los sujetos del grupo control no recibieran ningún tipo de intervención ni tampoco otras mujeres que fueran a hacer el programa de manera consecutiva.

A las mujeres que formaron parte del grupo control, se les ofreció la posibilidad de recibir el tratamiento una vez finalizado con el grupo experimental, considerando a este grupo en lista de espera (aunque finalmente, ninguna de las mujeres del grupo control realizaría el programa). Por otra parte, se les aplicaron los instrumentos de evaluación en las fechas de comienzo y finalización del programa de intervención y en el seguimiento a uno y seis meses (o en las mismas fechas que fueron rellenados por el grupo experimental). El consentimiento, la entrevista y los cuestionarios se les entregó en un sobre para que una vez rellenados, lo pudieran cerrar y entregar a las personas de administración, que posteriormente se lo entregaban a la terapeuta asegurando así la confidencialidad de los datos.

En la tabla 8, se hace un resumen de las medidas tomadas a lo largo de todo el proceso.

TABLA 8. Resumen de las medidas de la variable dependiente.

Pretratamiento:	Postratamiento:	Seguimiento 1 mes:	Seguimiento 6 mes:
Entrevista estructurada y consentimiento informado			
Rosenberg. Autoestima	Rosenberg. Autoestima	Rosenberg. Autoestima	Rosenberg. Autoestima
EBP. Calidad de vida (escala general y pareja)	EBP. Calidad de vida (escala general y pareja)	EBP. Calidad de vida (escala general y pareja)	EBP. Calidad de vida (escala general y pareja)
FSFI. Respuesta sexual	FSFI. Respuesta sexual	FSFI. Respuesta sexual	FSFI. Respuesta sexual
G. experimental	G. experimental: Entrevista valoración	G. experimental	G. experimental
G. control	G. control	G. control	G. control

El **programa de intervención** se llevó a cabo durante 8 sesiones semanales de 90 minutos y tuvo una duración aproximada de unas 12 horas (ver tabla 9). Cada una de las sesiones constaba de contenidos teóricos-informativos sobre la sexualidad y la relación de pareja y una parte práctica, en la que se enseñan diversas técnicas psicológicas específicas (ver anexo VI). Al final de las sesiones, se asignaron una serie de tareas para casa y se les entregó un resumen de los contenidos expuestos en el taller.

TABLA 9. Resumen del contenido de las sesiones.

SESIÓN 1 90 minutos	Presentación terapeuta, participantes y programa Evaluación Pretratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de evaluación - Consentimiento • Rosenberg. Autoestima • EBP. Calidad de vida (escala general y pareja) • FSFI Debate obesidad y sexualidad
SESIÓN 2 90 minutos	Psicoeducación sobre sexualidad <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la sexualidad • Aparato reproductor • Mitos sexualidad
SESIÓN 3 90 minutos	Fases de la respuesta sexual Desarrollo fases de la respuesta sexual: Aumento del deseo-excitación (clave erótica y disminución emociones negativas incompatibles): <ul style="list-style-type: none"> • Respiración profunda • Autoinstrucciones Ejercicios espejo: autoimagen y zonas sensibles a tacto
SESIÓN 4 90 minutos	Desarrollo fases de la respuesta sexual: Aumento del deseo-excitación (clave erótica y disminución emociones negativas incompatibles): <ul style="list-style-type: none"> • Fantasías Orgasmo y dolor en las relaciones sexuales: <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios Kegel • Consejos generales Acercamiento visual y táctil a genitales
SESIÓN 5 90 minutos	Mejora de la relación de pareja <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación pareja, estilos de SP y fases • Aumento intercambio positivo y disminución del negativo Planificación de actividades agradables en pareja
SESIÓN 6 90 minutos	Mejora de la relación de pareja <ul style="list-style-type: none"> • Pautas comunicación: pautas generales • pedir y rechazar relaciones sexuales Focalización sensorial I
SESIÓN 7 90 minutos	Mejora de la solución de problemas de pareja Focalización sensorial II
SESIÓN 8 90 minutos	Repaso de los contenidos Evaluación postratamiento

Las sesiones eran estructuradas y fueron llevadas a cabo por **un solo terapeuta formado y entrenado**. El **lugar de aplicación** también fue siempre el mismo para todos los sujetos (Clínica Ravenna Madrid).

Tras el programa de intervención psicológico, además de la **RSS** (Rosenberg Self-Esteem Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg, 1979); la **Escala de Bienestar Psicológico (EBP)** (Sánchez-Cánovas, 1998) y el **Índice de la función sexual femenina (FSFI)** (Rosen y cols., 2000), también se les dio las gracias por haber participado en el programa y se les preguntó algunas cuestiones mediante un **cuestionario de valoración del programa**. En el cuestionario se preguntaban de forma anónima cuestiones relacionadas con la efectividad o con la utilidad clínica: la satisfacción de los pacientes con la información y el material proporcionado, con el terapeuta y con el taller en general. Además, también se les pidió su opinión acerca de qué parte del programa les había parecido más interesante, más útil y si cambiarían alguna cuestión del mismo (ver anexo V).

Posteriormente se llevaron a cabo seguimientos a uno y seis meses en los que se volvieron a administrar los mismos instrumentos de evaluación de la variable dependiente. Para la recogida de los datos en los seguimientos, se contactaba con las participantes vía telefónica y se les entregaba un sobre con los cuestionarios que debían de rellenar. Una vez rellenados (se les daba un plazo de una semana), se volvían a recoger para su posterior análisis.

2.6.4. Análisis de datos

Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS (versión 15.0.). En el caso de los análisis del tamaño del efecto de la intervención se empleó el programa G*POWER (versión 3.0) (Faul, Erdfelder, Lang y Buchner, 2007).

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo para la caracterización de la muestra de las participantes del estudio. Se tuvieron en cuenta las medias, medianas, desviaciones típicas y rangos en las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas. Estos datos, también se tuvieron en cuenta para el análisis de la homogeneidad de los grupos (experimental y control).

La homogeneidad de los grupos, se estudió respecto a las variables sociodemográficas, variables médicas y psiquiátricas, variables referidas a hábitos de comportamiento, algunos aspectos de la sexualidad y la relación de pareja y la sintomatología. Se utilizaron pruebas de χ^2 en el caso de variables cualitativas y la *U* de Mann-Whitney para las cuantitativas.

Para el análisis de la eficacia del programa de intervención se utilizó la prueba de Wilcoxon para medidas repetidas con el ajuste de Bonferroni. Para determinar los posibles cambios a lo largo del paso del tiempo en la sintomatología se atendió a los siguientes momentos:

- Pretratamiento (Pre)-Postintervención (Post)
- Pretratamiento-Seguimiento a 1 mes (Seg1)
- Pretratamiento-Seguimiento a 6 meses (Seg2)
- Postintervención-Seguimiento a 1 mes
- Postintervención-Seguimiento a 6 meses
- Seguimiento 1 mes-Seguimiento 6 meses

Estos análisis también se llevaron a cabo en el GC para comprobar si se producían cambios a lo largo del tiempo.

Para analizar la eficacia del programa de intervención en comparación con el grupo control, se realizó la *U* de Mann-Whitney para medidas independientes. Esta prueba se realizó en todos los momentos de medida para observar si se producían diferencias significativas entre los dos grupos.

La adherencia al tratamiento se analizó mediante datos relativos al número de sujetos que abandonan el estudio (tanto en el grupo experimental como en el control), y mediante datos relativos a la asistencia a las sesiones.

Se utilizaron niveles de significación del 0.05 en todas las pruebas realizadas, algunas ajustadas con Bonferroni (0.008).

También se analizó la eficacia del programa de forma diferencial a través del cálculo del tamaño del efecto con el programa estadístico G*POWER, y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo, que corresponde a: tamaño del efecto pequeño <0.5 , mediano >0.5 y <0.8 , y grande >0.8 .

Por último, se realizó un análisis cualitativo de la satisfacción de las participantes con el programa mediante sus respuestas a un cuestionario de valoración de la intervención. Las mujeres puntuaban distintos aspectos del programa en una escala de 0 a 10 y podían escribir sus comentarios.

2.6.5. Resultados

2.6.5.1. Descripción de la muestra

Variables sociodemográficas:

Los datos demográficos se presentan en la tabla 10. La muestra estaba constituida por 23 mujeres, todas ellas pacientes de la Clínica Ravenna Madrid, con una edad media de 40 años ($M=40.17$; $DT=12.23$), distribuyéndose en un rango de los 18 a los 64 años. Respecto al estado civil, la mayoría estaban casadas o con pareja de hecho, 60.9%; el 4.3% estaban divorciadas o separadas; y el 34.8% eran solteras. El nivel económico predominante fué medio (65.2%), después alto (21.7%) y bajo (13%). Muy pocas tenían estudios secundarios de primer o segundo grado (8.7% y 8.7% respectivamente) ya que la mayoría (82.6%) tenían estudios universitarios. De todas ellas, el 60.9% estaban ocupadas (21.7% por cuenta propia; 30.4% por cuenta ajena y 8.7% funcionarias) y el 39.1% no lo estaban (13% en paro, 8.7% en tareas del hogar y 13% jubiladas o pensionistas). Por último, la mayoría no vivían solas (78.3%) y lo hacían con su pareja (65.2%) y/o con sus hijos (52.2%; ver tabla 10).

TABLA 10. Características sociodemográficas (datos entrevista)

(n=23)	
Edad Media (DT)	40.17 (12.23)
Rango	18-64
Estado civil (%)	
Soltera	34.8 (n=8)
Casada - pareja de hecho	60.9 (n=14)
Divorciada – Separada	4.3 (n=1)
Nivel económico (%)	
Bajo	13.0 (n=3)
Medio	65.2 (n=15)
Alto	21.7 (n=5)
Nivel de estudios (%)	
Primarios	0.0 (n=0)
Secundarios primer grado	8.7 (n=2)
Secundarios segundo grado	8.7 (n=2)
Universitarios	82.6 (n=19)
Situación laboral (%)	
Ocupado	60.9 (n=14)
No ocupado	39.1 (n=9)
Ocupados (%) (n=14)	
Trabajo por cuenta propia	21.7 (n=5)
Trabajo por cuenta ajena	30.4 (n=7)
Funcionario	8.7 (n=2)
No ocupados (%) (n=8)	
Parado	13.0 (n=3)
Trabaja en tareas del hogar exclusivamente	8.7 (n=2)
Jubilado-pensionista	13.0 (n=3)
No vive solo (%)	78.3 (n=18)
Vive en pareja (%)	65.2 (n=15)
Vive con hijos (%)	52.2 (n=12)

Variables relativas a la sexualidad y la relación de pareja:

De la muestra de mujeres seleccionada, el 65.2% presenta problemas sexuales (26.1% falta de deseo, 13% falta de excitación, 21.7% molestias y dolor durante el coito, 4.3% imposibilidad de penetración, 21.7% dificultades en el orgasmo, 17.4% su pareja tiene algún problema sexual y el 13% presenta otros problemas sexuales). La media de duración del problema se encuentra en unos 34 meses ($M=34.52$; $DT=57.26$; distribuyéndose en un rango de 0 a 240) y sólo el 4.3% había acudido con anterioridad a algún especialista (ver tabla 11).

Respecto a la relación de pareja, el 56.5% presenta problemas en esta área (30.4% falta de tiempo en común, 17.4% aumento de las discusiones, 34.8% dificultades en la comunicación, 13% problemas con la familia de origen, 8.7% dificultades en la educación de los hijos, 8.7% dificultades en la organización de las tareas, 21.7% presenta dificultades en la solución de problemas y el 34.8% problemas sexuales en la pareja). La media de duración del problema se encuentra en unos 19 meses ($M=19.74$; $DT=29.72$; distribuyéndose en un rango de 0 a 96) y sólo el 8.7% había acudido con anterioridad a algún especialista (ver tabla 11).

En general, las mujeres valoraban en una escala de 0 a 10 su vida sexual con una puntuación de 5 ($M=5.09$; $DT=1.95$; distribuyéndose en un rango de 0 a 8) y su relación de pareja de 6 ($M=6.22$; $DT=2.48$; distribuyéndose en un rango de 0 a 10; ver tabla 11)

Algo importante es que ninguna mujer había participado anteriormente en programas psicológicos grupales dirigidos a la mejora de la sexualidad y la relación de pareja (ver tabla 11).

TABLA 11. Características sobre sexualidad y relación de pareja (datos entrevista)

(n=23)	
Problema sexual (%)	65.2 (n=15)
Tipo de problema sexual (%) (n=15)	
Falta de deseo	26.1 (n=6)
Falta de excitación	13.0 (n=3)
Molestias o dolor	21.7 (n=5)
Imposibilidad de penetración	4.3 (n=1)
Dificultad para el orgasmo	21.7 (n=5)
Problemas sexuales de la pareja	17.4 (n=4)
Otros problemas sexuales	13.0 (n=3)
Tiempo con problemas sexuales (meses)	
Media (DT)	34.52 (57.26)
Rango	0-240
Acude a especialista para problema sexual (%)	4.3 (n=1)
Problema de pareja (%)	56.5 (n=13)
Tipo de problema de pareja (%) (n=13)	
Falta de tiempo en común	30.4 (n=7)
Aumento de discusiones	17.4 (n=4)
Dificultades de comunicación	34.8 (n=8)
Dificultades con familia de origen	13.0 (n=3)
Dificultades en la educación de los hijos	8.7 (n=2)
Dificultades en organización de tareas	8.7 (n=2)
Dificultades en resolver problemas	21.7 (n=5)
Dificultad en relaciones sexuales	34.8 (n=8)
Tiempo con problemas de pareja (meses)	
Media (DT)	19.74 (29.72)
Rango	0-96
Acude a especialista para problema de pareja (%)	8.7 (n=2)
Valoración de su vida sexual (0-10)	
Media (DT)	5.09 (1.95)
Rango	0-8
Valoración de su vida en pareja (0-10)	
Media (DT)	6.22 (2.48)
Rango	0-10
No participación en programa psicológico (%)	100.0 (n=23)

Variables de la historia médica – psicológica

El 17.4 % ($n=4$) de las mujeres de la muestra tenían alguna enfermedad médica y el 26.1 ($n=6$) tomaba medicación de algún tipo (ver tabla 12).

Por otra parte, el 47.8% ($n=11$) habían padecido o padecían algún trastorno psicológico y el 13% ($n=3$) había recibido tratamiento (ver tabla 12).

Respecto a los acontecimientos estresantes, el 43.5% ($n=10$) habían tenido alguno en la última época (ver tabla 12).

TABLA 12. Características médico - psicológicas (datos entrevista)

($n=23$)	
Padece enfermedad (%)	17.4 ($n=4$)
Toma medicación (%)	26.1 ($n=6$)
Padece trastorno psicológico (%)	47.8 ($n=11$)
Tratamiento psicológico (%)	13.0 ($n=3$)
Acontecimientos estresantes (%)	43.5 ($n=10$)

Variables relativas a hábitos de comportamiento

El 8.7% consumía alcohol (este porcentaje tan bajo podría ser debido a que algunas de las mujeres se encontraran en alguna de las fases del mantenimiento en las que no estuviera permitido el alcohol en la dieta); el 34.8% fumaba y el 8.7% consumía otras drogas (ver tabla 13).

TABLA 13. Hábitos saludables (datos entrevista)

(n=23)	
Consumo alcohol (%)	8.7 (n=2)
Fuma (%)	34.8 (n=8)
Otras drogas (%)	8.7 (n=2)

Sintomatología

La puntuación media en el Rosenberg antes de la intervención fue de 27 ($M=27$; $DT=5.44$; distribuyéndose en un rango de 14 a 34). Esta puntuación, se encuentra por debajo del punto de corte (29 puntos) por lo que parece que la mayoría de las mujeres de la muestra presentan problemas de autoestima (ver tabla 14).

Respecto a las puntuaciones medias en el FSFI fueron (se compararon con las puntuaciones medias totales de la traducción al castellano de Blümel y cols., 2004; tabla 14):

- En el dominio deseo de 3 ($M=2.6$; $DT=0.80$; distribuyéndose en un rango de 1.2 a 4.2). Esta puntuación puede oscilar entre 1.2 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=3.6$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan bajo deseo sexual.
- En el dominio excitación de 4 ($M=3.7$; $DT=1.98$; distribuyéndose en un rango de 0 a 6). Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=4.3$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan bajo niveles de excitación.
- En el dominio lubricación de 4 ($M=4.2$; $DT=2.31$; distribuyéndose en un rango de 0 a 6). Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=5$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan bajos niveles de lubricación.
- En el dominio orgasmo de 3 ($M=3.4$; $DT=2.36$; distribuyéndose en un rango de 0 a 6). Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=4.6$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan dificultades en el orgasmo.

- En el dominio satisfacción de 3 ($M=3.4$; $DT=1.34$; distribuyéndose en un rango de 1.2 a 6). Esta puntuación puede oscilar entre 1.2 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=5.1$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan bajos niveles de satisfacción.
- En el dominio dolor de 4 ($M=3.8$; $DT=2.55$; distribuyéndose en un rango de 0 a 6). Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 6. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=5.0$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan molestias y dolor en sus relaciones.
- En la puntuación total de 21 ($M=21.25$; $DT=8.97$; distribuyéndose en un rango de 3.6 a 31.8). Esta puntuación puede oscilar entre 2 y 36. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media ($M=27.6$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan problemas en su respuesta sexual general.

Por último, en las escalas del EBP se obtuvieron las siguientes puntuaciones (se compararon con las puntuaciones medias totales; ver tabla 14):

- En la escala de bienestar psicológico subjetivo de 82 ($M=82.35$; $DT=22.62$) equivalente a un percentil 25 ($M=24.95$; $DT=29.03$). Esta puntuación se encuentra por debajo de la media en directas ($M=101.97$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan un bienestar subjetivo general bajo.
- En la escala de bienestar en la pareja de 51 ($M=50.90$; $DT=11.20$) equivalente a un percentil 31 ($M=30.95$; $DT=27.69$). Esta puntuación se encuentra por debajo de la media en directas ($M=56.61$), por lo que parece que las mujeres de la muestra presentan una calidad de vida en pareja baja.

TABLA 14. Sintomatología (datos cuestionarios)

(n=23)	
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	27 (27) (5.44) 14-34
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.6 (2.4) (0.80) 1.2-4.2
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.7 (4.5) (1.98) 0-6
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.2 (5.4) (2.31) 0-6
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	3.4 (4.0) (2.36) 0-6
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.4 (3.2) (1.34) 1.2-6
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	3.8 (5.6) (2.55) 0-6
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	21.25 (23.90) (8.97) 3.6-31.8
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=21)	82.35 (78) (22.62) 52-125
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=20)	50.90 (51.5) (11.20) 33-67
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=21)	24.95 (10) (29.03) 1-90
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=20)	30.95 (20) (27.69) 1-85

2.6.5.2. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE-GC)

Antes de llevar a cabo el estudio para determinar la eficacia de la intervención, fue necesario determinar si existían diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas, variables relativas la sexualidad y la relación de pareja, variables referidas a los hábitos saludables, características médico-psicológicas y/o sintomatología entre los dos grupos formados (GE y GC) que pudieran contaminar los resultados (ver tablas 15, 16, 17, 18 y 19).

En primer lugar se analizaron los datos referidos a las variables sociodemográficas. El análisis permitió comprobar que los grupos eran homogéneos como puede observarse en la tabla 15.

TABLA 15. Homogeneidad de los grupos: características sociodemográficas

	GE (n=13)	GC (n=10)	Z / χ^2_{gl}
Edad			
Media (DT) Rango	42.15 (12.81) 18-63	37.60 (11.56) 23-64	Z= -1.087 (p= .227)
Estado civil (%)			
Soltera	30.8 (n=4)	40.0 (n=4)	$\chi^2_2 = 1.782$ (p= .410)
Casada – pareja de hecho	69.2 (n=9)	50.0 (n=5)	
Divorciada o Separada	0.0 (n=0)	10.0 (n=1)	
Nivel económico (%)			
Bajo	15.4 (n=2)	10.0 (n=1)	$\chi^2_2 = .212$ (p= .899)
Medio	61.5 (n=8)	70.0 (n=7)	
Alto	23.1 (n=3)	20.0 (n=2)	
Nivel de estudios (%)			
Primarios	0.0 (n=0)	0.0 (n=0)	$\chi^2_2 = 4.153$ (p= .125)
Secundarios primer grado	0.0 (n=0)	0.0 (n=0)	
Secundarios segundo grado	15.4 (n=2)	20.0 (n=2)	
Universitarios	84.6 (n=11)	80.0 (n=8)	
Situación laboral (%)			
Ocupado	53.8 (n=7)	70.0 (n=7)	$\chi^2_1 = .619$ (p= .431)
No ocupado	46.2 (n=6)	30.0 (n=3)	
Ocupados (%)			
Trabajo por cuenta propia	23.1 (n=3)	20.0 (n=2)	$\chi^2_3 = 4.165$ (p= .244)
Trabajo por cuenta ajena	15.4 (n=2)	50.0 (n=5)	
Funcionario	15.4 (n=2)	0.0 (n=0)	
No ocupados (%)			
Parado	15.4 (n=2)	10.0 (n=1)	$\chi^2_3 = .348$ (p= .951)
Trabaja en tareas del hogar exclusivamente	7.7 (n=1)	10.0 (n=1)	
Jubilado-pensionista	15.4 (n=2)	10.0 (n=1)	
No vive solo (%)	84.6 (n=11)	70.0 (n=7)	$\chi^2_1 = .710$ (p= .400)
Vive en pareja (%)	61.5 (n=8)	70.0 (n=7)	$\chi^2_1 = .178$ (p= .673)
Vive con hijos (%)	61.5 (n=8)	40.0 (n=4)	$\chi^2_1 = 1.051$ (p= .305)

*p<0.05

Con respecto a las variables referidas a la sexualidad y la relación de pareja, se comprobó que los grupos eran homogéneos excepto en dos variables (véase en la tabla 16): dificultad en la comunicación de pareja y dificultad en las relaciones sexuales en pareja en las que se obtuvieron diferencias significativas ($p<0.05$). Según los resultados, parece que la mujeres del GE tienen más problemas de comunicación en pareja y en sus relaciones sexuales en pareja que las del GC.

**TABLA 16. Homogeneidad de los grupos:
características sexualidad y relación de pareja**

	GE (n=13)	GC (n=10)	Z / χ^2_{gl}
Problema sexual (%)	76.9 (n=10)	50 (n=5)	$\chi^2_1 = 1.806$ (p= .179)
Tipo de problema sexual (%)			
Falta de deseo	30.8 (n=4)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = .340$ (p= .560)
Falta de excitación	15.4 (n=2)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = .144$ (p= .704)
Molestias o dolor	15.4 (n=2)	30.0 (n=3)	$\chi^2_1 = .710$ (p= .400)
Imposibilidad de penetración	0.0 (n=0)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = 1.359$ (p= .244)
Dificultad para el orgasmo	23.1 (n=3)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = .031$ (p= .859)
Problemas sexuales de la pareja	23.1 (n=3)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = .673$ (p= .412)
Otros problemas sexuales	23.1 (n=3)	0.0 (n=0)	$\chi^2_1 = 2.654$ (p= .103)
Tiempo con problemas sexuales (meses)			
Media	32.92	36.60	Z= -.832
(DT) Rango	(40.31) 0-126	(76.43) 0-240	(p= .405)
Acude a especialista para problema sexual (%)	7.7 (n=1)	0.0 (n=0)	$\chi^2_3 = .804$ (p= .370)
Problema de pareja (%)	69.2 (n=9)	40.0 (n=4)	$\chi^2_1 = 1.965$ (p= .161)

	GE (n=13)	GC (n=10)	Z / χ^2_{gl}
Tipo de problema de pareja (%)			
Falta de tiempo en común	38.5 (n=5)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = .910$ (p= .340)
Aumento de discusiones	23.1 (n=3)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = .673$ (p= .412)
Dificultades de comunicación	53.8 (n=7)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = 4.790$ (p= .029*)
Dificultades con familia de origen	23.1 (n=3)	0.0 (n=0)	$\chi^2_1 = 2.654$ (p= .103)
Dificultades en la educación de los hijos	7.7 (n=1)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = 0.38$ (p= .846)
Dificultades en organización de tareas	0.0 (n=0)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = 2.848$ (p= .092)
Dificultades en resolver problemas	23.1 (n=3)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = .031$ (p= .859)
Dificultad en relaciones sexuales	53.8 (n=7)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = 4.790$ (p= .029*)
Tiempo problemas de pareja (meses)			
Media	28.77	8.0	Z= -1.620
(DT) Rango	(35.37) 0-96	(14.84) 0-36	(p= .105)
Acude a especialista para problema de pareja (%)			
	15.4 (n=2)	0.0 (n=0)	$\chi^2_1 = 1.685$ (p= .194)
Valoración de su vida sexual (0-10)			
Media (DT)	4.46 (1.898)	5.90 (1.792)	Z= -1.656 (p= .098)
Valoración de su vida en pareja (0-10)			
Media (DT)	5.54 (2.665)	7.10 (0.2025)	Z= -1.546 (p= .122)

*p<0.05

Respecto a la historia médica - psicológica podemos considerar a los dos grupos homogéneos (ver tabla 17).

TABLA 17. Homogeneidad de los grupos: historia médico-psicológica

	GE (n=13)	GC (n=10)	χ^2_{gl}
Padece enfermedad (%)	23.1 (n=3)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = .673$ (p= .412)
Toma medicación (%)	38.5 (n=5)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = 2.375$ (p= .123)
Padece trastorno psicológico (%)	19.4 (n=7)	40.0 (n=4)	$\chi^2_1 = .434$ (p= .510)
Tratamiento psicológico (%)	23.1 (n=3)	0.0 (n=0)	$\chi^2_1 = 2.654$ (p= .103)
Acontecimientos estresantes (%)	30.8 (n=4)	60.0 (n=6)	$\chi^2_1 = 1.965$ (p= .161)

* $p < 0.05$

Con respecto a ciertos hábitos saludables, tampoco se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos (ver tabla 18).

TABLA 18. Homogeneidad de los grupos: hábitos saludables

	GE (n=13)	GC (n=10)	Z / χ^2_{gl}
Consumo alcohol (%)	7.7 (n=1)	10.0 (n=1)	$\chi^2_1 = .038$ (p= .846)
Fuma (%)	23.1 (n=3)	50.0 (n=5)	$\chi^2_1 = 1.806$ (p= .179)
Otras drogas (%)	0.0 (n=0)	20.0 (n=2)	$\chi^2_1 = 2.848$ (p= .920)

* $p < 0.05$

Por último, respecto a la sintomatología previa al tratamiento, los grupos son homogéneos (ver tabla 19).

TABLA 19. Homogeneidad de los grupos: sintomatología

	GE (n=13)	GC (n=10)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	25.54 (25) (5.317) 14-33	28.90 (30) (5.259) 19-34	Z= -1.557 (p= .119)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.58 (2.4) (0.896) 1.2-4.2	2.64 (2.4) (0.704) 1.2-3.6	Z= -.370 (p= .712)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.80 (4.5) (1.842) 0-5.7	3.54 (4.3) (2.230) 0-6	Z= -.062 (p= .950)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.54 (5.4) (2.155) 0-6	3.780 (4.6) (2.558) 0-6	Z= -.223 (p= .824)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (2.327) 0-6	3.56 (4.4) (2.518) 0-6	Z= -.471 (p= .638)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.13 (3.2) (1.152) 1.2-5.2	3.84 (3.6) (1.522) 2.4-6	Z= -1.079 (p= .281)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.09 (5.6) (2.577) 0-6	3.60 (4.4) (2.619) 0-6	Z= -.646 (p= .518)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	21.46 (23.9) (8.716) 3.6-30.3	20.98 (24.2) (9.773) 3.6-31.8	Z= -.031 (p= .975)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=21)	85.09 (84) (21.501) 52-117 (n=12)	79.0 (70) (24.804) 52-125 (n=9)	Z= -.913 (p= .361)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=20)	47.64 (48) (9.490) 33-60 (n=11)	54.89 (60) (12.374) 34-67 (n=9)	Z= -1.751 (p= .080)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=21)	27.50 (15) (27.979) 1-75 (n=12)	21.56 (4) (31.746) 1-90 (n=9)	Z= -1.040 (p= .298)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=20)	22.55 (15) (23.754) 3-70 (n=11)	41.22 (45) (30.016) 1-85 (n=9)	Z= -1.145 (p= .252)

*p<0.05

2.6.5.3. Análisis de la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo y respecto al grupo control

Analizando las puntuaciones a lo largo del tiempo, se observa que tras la intervención (comparación medidas pre-post; pre-seg1; pre-seg2; post-seg1; post-seg2; seg1-seg2 GE, ver tablas 20, 21, 22, 23, 24 y 25) no se produjeron cambios significativos. Sólo se observó una mejoría estadísticamente significativa de la autoestima entre el post y el seguimiento a 6 meses ($p<0.008$).

Aunque las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas, parece que se produce una tendencia a la mejoría en la sintomatología a medio y largo plazo (no a corto plazo o tras la intervención). Se observó una mejoría de la autoestima a largo plazo (se encontraron cambios al comparar las medidas pretratamiento con las del seguimiento a seis meses; el postratamiento con el seguimiento a un mes; y el seguimiento a un mes con el de seis meses); una mejora de la respuesta sexual a largo plazo en las áreas de deseo y capacidad para alcanzar el orgasmo (al comparar el pretatamiento con el seguimiento a seis meses en deseo y orgasmo); y una mejoría a medio y largo plazo en la calidad de vida en general (se encontraron diferencias al comparar el pretratamiento con el seguimiento a uno y seis meses tanto en puntuaciones directas como centiles). No se observaron cambios positivos importantes en otras fases de la respuesta sexual (excitación, lubricación, satisfacción con las relaciones sexuales y dolor) ni en la respuesta sexual general. Tampoco se observaron cambios en la calidad de vida en pareja.

TABLA 20. Cambios pre-post en sintomatología GE

	GE Pre (n=13)	GE Post (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	25.54 (25) (5.317) 14-33	26.69 (26) (5.376) 17-37	Z= -1.259 (p=.208)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.58 (2.4) (0.896) 1.2-4.2	2.86 (3) (0.854) 1.2-4.2	Z= -.960 (p=.337)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.80 (4.5) (1.842) 0-5.7	3.83 (4.2) (1.925) 0-5.4	Z= -.051 (p=.959)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.54 (5.4) (2.155) 0-6	4.31 (4.8) (1.793) 0-6	Z= -.943 (p=.345)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (2.327) 0-6	4.06 (4.4) (1.917) 0-6	Z= -1.703 (p=.089)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.13 (3.2) (1.152) 1.2-5.2	3.29 (3.6) (1.617) 0.4-5.2	Z= -.297 (p=.767)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.09 (5.6) (2.577) 0-6	4.24 (6) (2.620) 0-6	Z= -.730 (p=.465)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	21.46 (23.9) (8.716) 3.6-30.3	22.63 (25.5) (8.474) 4.2-31.2	Z= -.863 (p=.388)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	85.09 (84) (21.501) 52-117 (n=12)	89.73 (81) (23.005) 57-131 (n=11)	Z= -1.123 (p=.262)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	47.64 (48) (9.490) 33-60 (n=11)	44.73 (46) (8.498) 31-54 (n=11)	Z= -1.126 (p=.260)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	27.50 (15) (27.979) 1-75 (n=12)	32.18 (15) (34.304) 1-95 (n=11)	Z= -.778 (p=.436)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	22.55 (15) (23.754) 3-70 (n=11)	15.36 (15) (11.570) 1-35 (n=11)	Z= -1.355 (p=.176)

**p<0.008

TABLA 21. Cambios pre-seg1 en sintomatología GE

	GE Pre (n=13)	GE Seg1 (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	25.54 (25) (5.317) 14-33	28.15 (29) (4.038) 20-35	Z= -1.610 (p=.107)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.58 (2.4) (0.896) 1.2-4.2	3.04 (3) (0.931) 1.2-4.8	Z= -1.777 (p=.076)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.80 (4.5) (1.842) 0-5.7	4.31 (4.8) (1.542) 0-5.7	Z= -1.347 (p=.178)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.54 (5.4) (2.155) 0-6	4.40 (5.4) (1.809) 0-6	Z= -.674 (p=.500)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (2.327) 0-6	4.12 (4.4) (2.002) 0-6	Z= -1.774 (p=.076)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.13 (3.2) (1.152) 1.2-5.2	3.41 (4) (1.466) 0.8-5.2	Z= -.715 (p=.475)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.09 (5.6) (2.577) 0-6	4.21 (6) (2.600) 0-6	Z= -.552 (p=.581)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	21.46 (23.9) (8.716) 3.6-30.3	23.54 (26.5) (8.561) 3.6-31.6	Z= -1.569 (p=.117)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	85.09 (84) (21.501) 52-117 (n=12)	91.91 (87) (19.654) 65-121 (n=11)	Z= -2.103 (p=.035)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	47.64 (48) (9.490) 33-60 (n=11)	46.18 (50) (8.292) 31-55 (n=11)	Z= -.563 (p=.574)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	27.50 (15) (27.979) 1-75 (n=12)	33.82 (20) (31.016) 3-80 (n=11)	Z= -2.375 (p=.018)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	22.55 (15) (23.754) 3-70 (n=11)	19.18 (20) (15.012) 1-50 (n=11)	Z= -.631 (p=.528)

**p<0.008

TABLA 22. Cambios pre-seg2 en sintomatología GE

	GE Pre (n=13)	GE Seg2 (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	25.54 (25) (5.317) 14-33	29.62 (30) (4.234) 21-39	Z= -2.048 (p=.041)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.58 (2.4) (0.896) 1.2-4.2	3.09 (3) (0.943) 1.2-4.8	Z= -2.308 (p=.021)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.80 (4.5) (1.842) 0-5.7	3.85 (4.5) (1.876) 0-5.4	Z= -.119 (p=.905)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.54 (5.4) (2.155) 0-6	4.17 (5.4) (2.140) 0-6	Z= -.526 (p=.599)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (2.327) 0-6	4.15 (4.4) (1.901) 0-6	Z= -2.154 (p=.031)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.13 (3.2) (1.152) 1.2-5.2	3.53 (4) (1.325) 0.8-5.2	Z= -1.193 (p=.233)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.09 (5.6) (2.577) 0-6	4.0 (6) (2.561) 0-6	Z= -.00 (p=1.00)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	21.46 (23.9) (8.716) 3.6-30.3	22.81 (25.3) (8.494) 3.2-31.6	Z= -.1014 (p=.311)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	85.09 (84) (21.501) 52-117 (n=12)	93.55 (86) (18.008) 74-126 (n=11)	Z= -2.349 (p=.019)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	47.64 (48) (9.490) 33-60 (n=11)	47.45 (50) (9.791) 32-61 (n=11)	Z= -.593 (p=.553)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	27.50 (15) (27.979) 1-75 (n=12)	34.55 (20) (31.816) 5-85 (n=11)	Z= -2.530 (p=.011)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	22.55 (15) (23.754) 3-70 (n=11)	25.0 (20) (24.572) 2-70 (n=11)	Z= -1.186 (p=.236)

**p<0.008

TABLA 23. Cambios post-seg1 en sintomatología GE

	GE Post (n=13)	GE Seg1 (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	26.69 (26) (5.376) 17-37	28.15 (29) (4.038) 20-35	Z= -2.025 (p=.043)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.86 (3) (0.854) 1.2-4.2	3.04 (3) (0.931) 1.2-4.8	Z= -.905 (p=.366)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.83 (4.2) (1.925) 0-5.4	4.31 (4.8) (1.542) 0-5.7	Z= -1.841 (p=.066)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.31 (4.8) (1.793) 0-6	4.40 (5.4) (1.809) 0-6	Z= -.816 (p=.414)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	4.06 (4.4) (1.917) 0-6	4.12 (4.4) (2.002) 0-6	Z= -.557 (p=.577)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (1.617) 0.4-5.2	3.41 (4) (1.466) 0.8-5.2	Z= -.408 (p=.683)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.24 (6) (2.620) 0-6	4.21 (6) (2.600) 0-6	Z= -1.00 (p=.317)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	22.63 (25.5) (8.474) 4.2-31.2	23.54 (26.5) (8.561) 3.6-31.6	Z= -1.785 (p=.074)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	89.73 (81) (23.005) 57-131 (n=11)	91.91 (87) (19.654) 65-121 (n=11)	Z= -1.183 (p=.237)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	44.73 (46) (8.498) 31-54 (n=11)	46.18 (50) (8.292) 31-55 (n=11)	Z= -1.054 (p=.292)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	32.18 (15) (34.304) 1-95 (n=11)	33.82 (20) (31.016) 3-80 (n=11)	Z= -1.063 (p=.288)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	15.36 (15) (11.570) 1-35 (n=11)	19.18 (20) (15.012) 1-50 (n=11)	Z= -.763 (p=.445)

**p<0.008

TABLA 24. Cambios post-seg2 en sintomatología GE

	GE Post (n=13)	GE Seg2 (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	26.69 (26) (5.376) 17-37	29.62 (30) (4.234) 21-39	Z= -2.820** (p=.005)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	2.86 (3) (0.854) 1.2-4.2	3.09 (3) (0.943) 1.2-4.8	Z= -1.155 (p=.248)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	3.83 (4.2) (1.925) 0-5.4	3.85 (4.5) (1.876) 0-5.4	Z= -.213 (p=.832)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.31 (4.8) (1.793) 0-6	4.17 (5.4) (2.140) 0-6	Z= -.674 (p=.500)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	4.06 (4.4) (1.917) 0-6	4.15 (4.4) (1.901) 0-6	Z= -.750 (p=.453)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.29 (3.6) (1.617) 0.4-5.2	3.53 (4) (1.325) 0.8-5.2	Z= -.479 (p=.632)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.24 (6) (2.620) 0-6	4.0 (6) (2.561) 0-6	Z= -.535 (p=.593)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	22.63 (25.5) (8.474) 4.2-31.2	22.81 (25.3) (8.494) 3.2-31.6	Z= -.490 (p=.624)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	89.73 (81) (23.005) 57-131 (n=11)	93.55 (86) (18.008) 74-126 (n=11)	Z= -1.246 (p=.213)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	44.73 (46) (8.498) 31-54 (n=11)	47.45 (50) (9.791) 32-61 (n=11)	Z= -1.637 (p=.102)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	32.18 (15) (34.304) 1-95 (n=11)	34.55 (20) (31.816) 5-85 (n=11)	Z= -.564 (p=.573)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	15.36 (15) (11.570) 1-35 (n=11)	25.0 (20) (24.572) 2-70 (n=11)	Z= -1.542 (p=.123)

**p<0.008

TABLA 25. Cambios seg1-seg2 en sintomatología GE

	GE Seg1 (n=13)	GE Seg2 (n=13)	Z
Rosenberg Media (Mediana) (DT) Rango	28.15 (29) (4.038) 20-35	29.62 (30) (4.234) 21-39	Z= -2.323 (p=.020)
FSFI deseo Media (Mediana) (DT) Rango	3.04 (3) (0.931) 1.2-4.8	3.09 (3) (0.943) 1.2-4.8	Z= -.378 (p=.705)
FSFI excitación Media (Mediana) (DT) Rango	4.31 (4.8) (1.542) 0-5.7	3.85 (4.5) (1.876) 0-5.4	Z= -1.403 (p=.161)
FSFI lubricación Media (Mediana) (DT) Rango	4.40 (5.4) (1.809) 0-6	4.17 (5.4) (2.140) 0-6	Z= -.365 (p=.715)
FSFI orgasmo Media (Mediana) (DT) Rango	4.12 (4.4) (2.002) 0-6	4.15 (4.4) (1.901) 0-6	Z= -.378 (p=.705)
FSFI satisfacción Media (Mediana) (DT) Rango	3.41 (4) (1.466) 0.8-5.2	3.53 (4) (1.325) 0.8-5.2	Z = -.318 (p=.750)
FSFI dolor Media (Mediana) (DT) Rango	4.21 (6) (2.600) 0-6	4.0 (6) (2.561) 0-6	Z= -.535 (p=.593)
FSFI total Media (Mediana) (DT) Rango	23.54 (26.5) (8.561) 3.6-31.6	22.81 (25.3) (8.494) 3.2-31.6	Z= -.178 (p=.859)
EBP general directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	91.91 (87) (19.654) 65-121 (n=11)	93.55 (86) (18.008) 74-126 (n=11)	Z= -.972 (p=.331)
EBP pareja directas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	46.18 (50) (8.292) 31-55 (n=11)	47.45 (50) (9.791) 32-61 (n=11)	Z= -.842 (p=.400)
EBP general típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	33.82 (20) (31.016) 3-80 (n=11)	34.55 (20) (31.816) 5-85 (n=11)	Z= -.420 (p=.674)
EBP pareja típicas Media (Mediana) (DT) Rango (n=11)	19.18 (20) (15.012) 1-50 (n=11)	25.0 (20) (24.572) 2-70 (n=11)	Z= -1.126 (p=.260)

**p<0.008

Respecto a las mejorías en sintomatología a lo largo del tiempo en el grupo control, no se encontraron diferencias significativas. Sí se encontró una tendencia a la mejoría en el post-seg1 en calidad de vida general y en pre-seg1 en la calidad de vida en pareja (ver tablas 27 y 28). Esto indica que el mero paso del tiempo una vez que estas mujeres llegan a su peso, también ayudaría a mejorar su calidad de vida general y de pareja. En general, como puede verse en la tabla 26, parece que según pasa el tiempo y las mujeres van estando más tiempo en fase de mantenimiento o en su peso saludable, aunque no se lleve a cabo ninguna intervención específica en sexualidad y pareja, se aprecia una tendencia a la mejoría en las variables.

TABLA 26. Medias y Desviación Típica del GC en el Postratamiento, Seguimiento 1 y Seguimiento 2

	GC Postratamiento (n=10)	GC Seguimiento 1 (n=10)	GC Seguimiento 2 (n=10)
Rosenberg			
Media (Mediana)	28.80 (30)	29.30 (30.50)	29.80 (31.50)
(DT) Rango	(4.894) 19-34	(5.519) 20-37	(4.826) 23-35
FSFI deseo			
Media (Mediana)	2.4 (2.4)	2.82 (2.7)	3.12 (2.7)
(DT) Rango	(0.979) 0-3.6	(0.494) 2.4-3.6	(0.885) 2.4-4.8
FSFI excitación			
Media (Mediana)	3.42 (4.05)	3.84 (3.75)	4.02 (4.65)
(DT) Rango	(2.168) 0-6	(1.502) 1.5-6	(1.887) 0-6
FSFI lubricación			
Media (Mediana)	4.05 (4.8)	4.62 (5.7)	4.20 (4.8)
(DT) Rango	(2.421) 0-6	(1.744) 1.5-6	(2.121) 0-6
FSFI orgasmo			
Media (Mediana)	3.60 (4.4)	4.08 (4.8)	4.12 (5)
(DT) Rango	(2.515) 0-6	(1.948) 1.2-6	(2.255) 0-6
FSFI satisfacción			
Media (Mediana)	3.84 (3.6)	3.84 (4.2)	4.40 (4.6)
(DT) Rango	(1.534) 2-6	(1.667) 1.2-6	(1.554) 2-6
FSFI dolor			
Media (Mediana)	3.68 (4.8)	4.44 (4.8)	4.16 (4.8)
(DT) Rango	(2.672) 0-6	(1.927) 0-6	(2.310) 0-6
FSFI total			
Media (Mediana)	20.99 (24.75)	23.64 (24.95)	24.02 (26.80)
(DT) Rango	(10.270) 2-31.2	(5.929) 12.3-31.5	(7.821) 6.4-32.3
EBP general directas			
Media (Mediana)	75.50 (68.50)	82.0 (69)	78.67 (66)
(DT) Rango (n=9)	(24.431) 51-120	(26.472) 53-125	(27.069) 52-123
EBP pareja directas			
Media (Mediana)	53.44 (56)	51.69 (55)	55.11 (57)
(DT) Rango (n=9)	(10.899) 40-65	(13.606) 26-67	(9.610) 40-66
EBP general típicas			
Media (Mediana)	20.56 (5)	25.33 (3)	26.56 (4)
(DT) Rango (n=9)	(27.510) 1-75	(34.442) 1-90	(34.598) 1-85
EBP pareja típicas			
Media (Mediana)	34.44 (30)	35.11 (30)	38.33 (45)
(DT) Rango (n=9)	(27.776) 5-75	(28.462) 1-75	(22.913) 5-65

**TABLA 27. Cambios en el GC a lo largo del tiempo comparando:
pre-post, pre-seg1 y pre-seg2**

	Z GC Pre-Post (n=10)	Z GC Pre-Seg1 (n=10)	Z GC Pre-Seg2 (n=10)
Rosenberg	Z= -.378 (p=.705)	Z= -.647 (p=.518)	Z= -1.219 (p=.223)
FSFI deseo	Z= -1.414 (p=.157)	Z= -1.00 (p=.317)	Z= -1.289 (p=.197)
FSFI excitación	Z= -1.633 (p=.102)	Z= -.420 (p=.674)	Z= -.535 (p=.593)
FSFI lubricación	Z= -1.342 (p=.180)	Z= -1.604 (p=.109)	Z= -.816 (p=.414)
FSFI orgasmo	Z= -.577 (p=.564)	Z= -.530 (p=.596)	Z= -1.342 (p=.180)
FSFI satisfacción	Z= -.00 (p=1.0)	Z= -.365 (p=.715)	Z= -1.461 (p=.144)
FSFI dolor	Z= -1.00 (p=.317)	Z= -1.826 (p=.068)	Z= -1.604 (p=.109)
FSFI total	Z= -.070 (p=.944)	Z= -.296 (p=.767)	Z= -1.332 (p=.183)
EBP general directas (n=9)	Z= -.702 (p=.483)	Z= -1.549 (p=.121)	Z= -.339 (p=.735)
EBP pareja directas (n=9)	Z= -.1253 (p=.210)	Z= -2.201 (p=.028)	Z= -.954 (p=.340)
EBP general típicas (n=9)	Z= -.184 (p=.854)	Z= -1.219 (p=.223)	Z= -1.214 (p=.225)
EBP pareja típicas (n=9)	Z=-1.703 (p=.0894)	Z=-1.461 (p=.144)	Z=-.946 (p=.344)

****p<0.008**

TABLA 28. Cambios en el GC a lo largo del tiempo comparando:
post-seg1, post-seg2 y seg1-seg2

	Z GC Post-Seg1 (n=10)	Z GC Post-Seg2 (n=10)	Z GC Seg1-Seg2 (n=10)
Rosenberg	Z= -.632 (p=.527)	Z= -1.552 (p=.121)	Z= -.781 (p=.435)
FSFI deseo	Z= -1.890 (p=.059)	Z= -1.897 (p=.058)	Z= -.962 (p=.336)
FSFI excitación	Z= -.954 (p=.340)	Z= -1.890 (p=.059)	Z= -.742 (p=.458)
FSFI lubricación	Z= -.730 (p=.465)	Z= -.00 (p=1.0)	Z= -.535 (p=.593)
FSFI orgasmo	Z= -.422 (p=.673)	Z= -.707 (p=.480)	Z= -.677 (p=.498)
FSFI satisfacción	Z= -.378 (p=.705)	Z= -1.461 (p=.144)	Z= -1.289 (p=.197)
FSFI dolor	Z= -1.841 (p=.066)	Z= -1.069 (p=.285)	Z= -.365 (p=.715)
FSFI total	Z= -.415 (p=.678)	Z= -1.007 (p=.314)	Z= -.889 (p=.374)
EBP general directas (n=9)	Z= -1.973 (p=.049)	Z= -.845 (p=.398)	Z= -1.843 (p=.065)
EBP pareja directas (n=9)	Z= -.141 (p=.888)	Z= -1.022 (p=.307)	Z= -1.319 (p=.187)
EBP general típicas (n=9)	Z= -1.761 (p=.078)	Z= -1.753 (p=.080)	Z= -.00 (p=1.0)
EBP pareja típicas (n=9)	Z= -1.089 (p=.276)	Z= -.316 (p=.752)	Z= -.00 (p=1.0)

** $p < 0.008$

Los cambios producidos en el GE al compararlos con el GC no presentan diferencias significativas. Sólo aparecen diferencias significativas ($p<0.05$) en las medidas postratamiento en la calidad de vida en pareja (puntuaciones directas; ver tabla 29). Esto puede ser debido a que ya desde un principio (pretratamiento), las medias eran más altas en esta área en el GC (54.89) que en el GE (47.64; ver tabla 19).

TABLA 29. Comparación GE-GC Postratamiento, Seguimiento 1 y Seguimiento 2

	GE-GC Postratamiento	GE-GC Seguimiento 1	GE-GC Seguimiento 2
Rosenberg	Z= -1.121 (p=.262)	Z= -.748 (p=.455)	Z= -.499 (p=.618)
FSFI deseo	Z= -1.061 (p=.228)	Z= -.753 (p=.452)	Z= -.290 (p=.772)
FSFI excitación	Z= -.410 (p=.682)	Z= -1.094 (p=.274)	Z= -.376 (p=.707)
FSFI lubricación	Z= -.160 (p=.873)	Z= -.631 (p=.528)	Z= -.191 (p=.849)
FSFI orgasmo	Z= -.188 (p=.851)	Z= -.063 (p=.950)	Z= -.346 (p=.729)
FSFI satisfacción	Z= -.719 (p=.472)	Z= -.567 (p=.571)	Z= -1.405 (p=.160)
FSFI dolor	Z= -1.029 (p=.304)	Z= -.264 (p=.792)	Z= -.260 (p=.795)
FSFI total	Z= -.279 (p=.780)	Z= -.434 (p=.664)	Z= -.527 (p=.598)
EBP general directas	Z= -1.529 (p=.126)	Z= -1.178 (p=.239)	Z= -1.786 (p=.074)
EBP pareja directas	Z= -1.982* (p=.047)	Z= -1.601 (p=.109)	Z= -1.902 (p=.057)
EBP general típicas	Z= -1.300 (p=.194)	Z= -1.371 (p=.170)	Z= -1.411 (p=.158)
EBP pareja típicas	Z= -1.534 (p=.125)	Z= -1.154 (p=.249)	Z= -1.221 (p=.222)

* $p<0.05$

2.6.5.4 Adherencia al tratamiento

Como muestran los resultados de la tabla 30, el 75% ($n=10$) de las participantes acuden, al menos, de 6 a 8 sesiones del programa de intervención. En esta tabla, no se han tenido en cuenta a dos participantes que una vez hecha la primera sesión, no acudieron más al taller.

Respecto al grupo control, 3 participantes sólo rellenaron las medidas pretratamiento, por lo que tampoco fueron incluidas en el estudio.

TABLA 30. Asistencia a las sesiones del programa de intervención

	Frecuencia ($n=13$)	Porcentaje ($n=13$)	Porcentaje acumulado ($n=13$)
Asiste a 3 sesiones (%)	2	15.4	15.4
Asiste a 4 sesiones (%)	0	0.0	15.4
Asiste a 5 sesiones (%)	1	7.7	23.1
Asiste a 6 sesiones (%)	2	15.4	38.5
Asiste a 7 sesiones (%)	4	30.8	69.3
Asiste a 8 sesiones (%)	4	30.8	100.0

2.6.5.5. Análisis de la significación clínica

TABLA 31. Porcentaje de participantes que no presentan sintomatología a nivel clínico

%	GE pre (n=13)	GE post (n=13)	GE seg1 (n=13)	GE seg2 (n=13)
Rosenberg (punto corte ≥ 29)	30.8 (n=4)	46.2 (n=6)	53.8 (n=7)	69.2 (n=9)
FSFI deseo	46.2 (n=6)	53.8 (n=7)	61.5 (n=8)	69.2 (n=9)
FSFI excitación	61.5 (n=8)	69.2 (n=9)	76.9 (n=10)	76.9 (n=10)
FSFI lubricación	69.2 (n=9)	53.8 (n=7)	69.2 (n=9)	61.5 (n=8)
FSFI orgasmo	46.2 (n=6)	53.8 (n=7)	53.8 (n=7)	61.5 (n=8)
FSFI satisfacción	7.6 (n=1)	23.0 (n=3)	23.0 (n=3)	15.4 (n=2)
FSFI dolor	76.9 (n=10)	76.9 (n=10)	76.9 (n=10)	76.9 (n=10)
FSFI total	23.0 (n=3)	53.8 (n=7)	61.5 (n=8)	46.2 (n=6)
EBP general directas (n=12)	25.0 (n=3)	25.0 (n=3)	25.0 (n=3)	25.0 (n=3)
EBP pareja directas (n=11)	18.0 (n=2)	0.0	18.0 (n=2)	27.2 (n=3)
EBP general típicas (punto corte > 50) (n=12)	41.6 (n=5)	33.3 (n=4)	33.3 (n=4)	33.3 (n=4)
EBP pareja típicas (punto corte > 50) (n=11)	18.2 (n=2)	0.0	0.0	18.2 (n=2)

Como puede observarse en la tabla 31, a lo largo del tiempo aumenta el porcentaje de participantes sin sintomatología a nivel clínico en algunas áreas: autoestima, respuesta sexual general (y en concreto en deseo, excitación, orgasmo y satisfacción) y en la calidad de vida en pareja en puntuaciones directas. Se mantiene el porcentaje de sujetos respecto a la significación clínica en: dolor, lubricación y calidad de vida general en directas y en calidad de vida en pareja en típicas. Por último, el porcentaje disminuye en general en calidad de vida en típicas. Se observa, cómo en la sintomatología que se partía de mayor deterioro, se mejoran los resultados a medio y largo plazo (a excepción de la calidad de vida). Sin embargo, en algunas áreas se partía de niveles de sintomatología a nivel clínico muy bajos, y es en estas áreas donde se

obtienen peores resultados a nivel de significación clínica. Los puntos de corte para determinar cuando una persona presenta sintomatología a nivel clínico o no se han determinado en el caso del Rosenberg según el punto de corte establecido (≥ 29) y en los dominios y la puntuación total del FSFI y en el EBP se establecieron para valores iguales o superiores a la puntuación media del grupo de edad al que correspondía cada sujeto (en el EBP, también se estableció como punto de corte el percentil 50 en las puntuaciones típicas).

De los resultados se desprende que en algunas áreas como la autoestima, respuesta sexual general (especialmente en el área de deseo, excitación, orgasmo y satisfacción) y calidad de vida en pareja (en directas, ya que en típicas parece ser más exigente para alcanzar la significación clínica), el porcentaje de sujetos con sintomatología a nivel clínico disminuye a lo largo de los distintos momentos de medida de la intervención. Por lo general, la significación clínica parece ser mayor en las áreas que estaban más deterioradas en un principio, y a medio y largo plazo más que a corto plazo.

2.6.5.6. Análisis del tamaño del efecto

Se analizó el tamaño del efecto alcanzado en el GE utilizando para ello la medida pretratamiento y cada una de las medidas de las evaluaciones posteriores (ver tablas 32, 33 y 34).

Por otra parte, se analizó el tamaño del efecto de las diferencias entre el GE y el GC en el postratamiento y en el seguimiento a uno y seis meses (tabla 35).

Se usó la clasificación de Faul y Elderfer (1992) para interpretar los resultados obtenidos (pequeño < 0.5 ; mediano > 0.5 y < 0.8 ; y grande > 0.8).

Se observan tamaños del efecto medianos y grandes en algunas áreas. Al comparar los cambios del GE a lo largo del tiempo, se encontraron tamaños del efecto en autoestima al comparar el pre-seg1, pre-seg2 y post-seg2; en deseo al comparar el pre-seg1 y pre-seg2; y en calidad de vida en pareja en típicas al comparar el post-seg2 (ver tablas 33 y 34). Al comparar el GE respecto al GC, se encontraron tamaños del efecto medios y grandes dentro de la respuesta sexual en el deseo en el post y la satisfacción en el seg2 (ver tabla 35). También se encontraron cambios en la calidad de vida general en puntuaciones directas en el post y el seg2 y en la calidad de vida en pareja en directas en el post y en el seg2 y en típicas en el post, seg1 y seg2 (ver tabla 35). Las diferencias del GE respecto al GC en satisfacción y calidad de vida en pareja, parece que son debidas a las diferencias de las que ya se partía desde antes de la intervención (el GC presentaba en el pretratamiento puntuaciones mejores que el GE, y estas diferencias se mantienen a lo largo de la intervención), y no a una mejoría del GC respecto al GE. En resumen, estos datos muestran una mejoría a medio y largo plazo en el GE, con tamaños del efecto medianos y grandes en el área de autoestima, deseo y la calidad de vida percibida en pareja en típicas.

TABLA 32. Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida.
Cambios pre-post, pre-seg1 y pre-seg2

	Postratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Rosenberg	0.21 a	0.55 b	0.84 c
FSFI deseo	0.31 a	0.50 b	0.55 b
FSFI excitación	0.01 a	0.30 a	0.02 a
FSFI lubricación	0.11 a	0.07 a	0.17 a
FSFI orgasmo	0.36 a	0.38 a	0.40 a
FSFI satisfacción	0.11 a	0.21 a	0.32 a
FSFI dolor	0.05 a	0.04 a	0.03 a
FSFI total	0.13 a	0.24 a	0.15 a
EBP general directas	0.20 a	0.33 a	0.42 a
EBP pareja directas	0.32 a	0.16 a	0.01 a
EBP general típicas	0.14 a	0.21 a	0.23 a
EBP pareja típicas	0.38 a	0.16 a	0.10 a

- a) tamaño efecto pequeño < 0.5
 b) tamaño efecto mediano > 0.5 y < 0.8
 c) tamaño efecto grande > 0.8

TABLA 33. Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida.
Cambios post-seg1 y post-seg2

	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Rosenberg	0.30 a	0.60 b
FSFI deseo	0.20 a	0.25 a
FSFI excitación	0.27 a	0.01 a
FSFI lubricación	0.04 a	0.07 a
FSFI orgasmo	0.03 a	0.04 a
FSFI satisfacción	0.07 a	0.16 a
FSFI dolor	0.01 a	0.09 a
FSFI total	0.10 a	0.02 a
EBP general directas	0.10 a	0.18 a
EBP pareja directas	0.17 a	0.29 a
EBP general típicas	0.05 a	0.07 a
EBP pareja típicas	0.28 a	0.50 b

- d) tamaño efecto pequeño < 0.5
 e) tamaño efecto mediano > 0.5 y < 0.8
 f) tamaño efecto grande > 0.8

TABLA 34. Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida.
Cambios seg1-seg2

Seguimiento 2	
Rosenberg	0.35 a
FSFI deseo	0.05 a
FSFI excitación	0.01 a
FSFI lubricación	0.11 a
FSFI orgasmo	0.01 a
FSFI satisfacción	0.07 a
FSFI dolor	0.08 a
FSFI total	0.08 a
EBP general directas	0.08 a
EBP pareja directas	0.13 a
EBP general típicas	0.02 a
EBP pareja típicas	0.28 a

- g) tamaño efecto pequeño < 0.5
h) tamaño efecto mediano > 0.5 y < 0.8
i) tamaño efecto grande > 0.8

TABLA 35. Tamaños del efecto para cada variable GE-GC post, seg1 y seg2

	GE-GC Postratamiento	GE-GC Seguimiento 1	GE-GC Seguimiento 2
Rosenberg	0.41 a	0.23 a	0.03 a
FSFI deseo	0.50 b	0.29 a	0.03 a
FSFI excitación	0.19 a	0.30 a	0.09 a
FSFI lubricación	0.12 a	0.12 a	0.01 a
FSFI orgasmo	0.12 a	0.02 a	0.01 a
FSFI satisfacción	0.34 a	0.27 a	0.60 b
FSFI dolor	0.12 a	0.10 a	0.06 a
FSFI total	0.17 a	0.01 a	0.14 a
EBP general directas	0.59 b	0.42 a	0.64 b
EBP pareja directas	0.89 c	0.48 a	0.78 b
EBP general típicas	0.37 a	0.25 a	0.24 a
EBP pareja típicas	0.89 c	0.70 b	0.56 b

- a) tamaño efecto pequeño < 0.5
b) tamaño efecto mediano > 0.5 y < 0.8
c) tamaño efecto grande > 0.8

2.6.5.7. Análisis de la satisfacción con el programa

Para evaluar la satisfacción de las participantes con el programa de intervención, se les administró un cuestionario de satisfacción en la última sesión del taller. De tal cuestionario se obtenían resultados tanto cuantitativos como cualitativos (ver tabla 36).

Respecto a los resultados cuantitativos, las mujeres valoraban el programa con un 8,4 de media en una escala de 0 a 10. En concreto, valoraban la información proporcionada con un 8.2; el material proporcionado con un 8 y al terapeuta con un 8.6 (todo ello también en una escala del 0 al 10; ver tabla 36).

Respecto a la valoración cualitativa, las participantes afirmaban que lo más interesante e útil del programa había sido “compartir información y experiencias con otras mujeres”, “tanto la información sobre sexualidad como de pareja”, “los aspectos de la comunicación en pareja y aprender un tipo de pareja sana”, “descubrir cuáles son los problemas que tengo con mi marido” y “tener más naturalidad con el sexo”. Por otra parte, cambiarían: “profundizar más en algunos temas”, “más participación por parte del grupo”, “quitar algunos aspectos básicos sobre la sexualidad” y “pondría situaciones prácticas” (ver tabla 36).

Como puede apreciarse, los resultados son bastante satisfactorios en todos los aspectos evaluados y quizás un posible cambio sería incluir en el programa más sesiones y/o dinámicas grupales (ver tabla 36).

**TABLA 36. Medias de las valoraciones hechas por las participantes del taller
y comentarios**

Valoración de la información proporcionada (0-10)	8.2
Valoración del material proporcionado (0-10)	8.0
Valoración del terapeuta (0-10)	8.6
Valoración taller en general (0-10)	8.4
Lo más interesante... Lo más útil...	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir información y experiencias con otras mujeres. - Información sobre sexualidad y pareja en general. - Aspectos de la comunicación en pareja y en qué consiste una pareja sana. - Tener más naturalidad con el sexo. - Descubrir problemas propios.
Cambiaría...	<ul style="list-style-type: none"> - Incluiría más actividades dinámicas. - Profundizaría más en los temas. - Aumentar la participación del grupo.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

3.1. Contraste hipótesis

En función de estos datos y tomando como referencia las **hipótesis** de partida, se puede concluir que:

- **H1.** *El programa de intervención psicológica en sexualidad y pareja para mujeres en etapa de mantenimiento será eficaz para mitigar el desajuste personal y/o de pareja que pueda surgir en un grupo de mujeres en etapa de mantenimiento respecto a las mujeres de un grupo control.*

✓ **Se rechaza.** Los datos no apoyan nuestra hipótesis. Sólo se obtienen diferencias casi significativas entre los dos grupos en la puntuación directa de calidad de vida en pareja en el postratamiento. Esta diferencia, se debe más a la diferencia que había de inicio entre las dos muestras (GE y GC) y a la bajada de la puntuación en el postratamiento respecto al pretatamiento en el GE, que a una mejora significativa de la calidad de vida en pareja en el el GE respecto al GC. En el resto de variables (autoestima, respuesta sexual, calidad de vida general y calidad de vida en pareja en el seguimiento 1 y 2), no se producen cambios significativos en el GE respecto al GC.

- **H2.** *El programa de intervención psicológica en sexualidad y pareja para mujeres en etapa de mantenimiento será eficaz para mitigar el desajuste personal y/o de pareja que pueda surgir en un grupo de mujeres en mantenimiento a lo largo del tiempo.*

✓ **Se rechaza.** Los datos no apoyan nuestra hipótesis.

○ **H.2.1. *Mejorarán su autoestima.***

✓ **Se rechaza.** Los datos no apoyan nuestra hipótesis. Al comparar los distintos momentos de medida, sólo se producen cambios significativos del postratamiento al seguimiento a seis meses. Sin embargo, aunque en un primer momento (tras el tratamiento) no se producen cambios significativos en la autoestima de las mujeres, si se producen cambios casi significativos a medio y largo plazo (comparación pre-seg2, post-seg1 y seg1-seg2).

○ **H.2.2. *Mejorará su respuesta sexual.***

✓ **Se rechaza.** Los datos no apoyan nuestra hipótesis.

- **Fase de deseo:** aunque en un primer momento (tras el tratamiento) no se producen mejoras significativas en el deseo, casi se producen cambios significativos a largo plazo respecto al pretratamiento (seguimiento a 6 meses).
- **Fase de excitación:** no se producen mejoras significativas ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).
- **Lubricación:** no se producen mejoras significativas ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).
- **Orgasmo:** aunque en un primer momento (tras el tratamiento) no se producen mejoras significativas en la fase de orgasmo, casi se producen cambios significativos a largo plazo respecto al pretratamiento (seguimiento a 6 meses).
- **Satisfacción:** no se producen mejoras significativas ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).
- **Dolor:** no se producen mejoras significativas ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).
- **Respuesta sexual general:** no se producen mejoras significativas ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).

○ **H.2.3. *Mejorará su calidad de vida en pareja.***

√ **Se rechaza.** no se producen mejoras significativas en la calidad de vida en pareja ni a corto plazo (tras el tratamiento) ni a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses).

○ **H.2.4. *Mejorará su calidad de vida general.***

√ **Se rechaza.** Los datos no apoyan nuestra hipótesis. Existe una tendencia a la mejoría a medio y largo plazo (seguimiento a 1 y 6 meses) en la calidad de vida subjetiva de las participantes del programa respecto al pretratamiento (tanto en puntuaciones directas como en típicas).

3.2. Discusión

Atendiendo a los datos recogidos a través de la evaluación pretratamiento tanto en el GE como en el GC, se observa que alrededor del 65% de las mujeres que se encuentran en la fase de mantenimiento dicen tener problemas sexuales, entre los que destacan la falta de deseo, el dolor y las molestias y la dificultad para alcanzar el orgasmo. Por otra parte, aproximadamente el 56% de las mujeres de mantenimiento dicen tener problemas de pareja, donde destacan los problemas de comunicación, la falta de tiempo en común y la dificultad en resolver problemas. Casi el 35% afirmaban que tenía problemas sexuales con su pareja. Cuando las mujeres puntúan en una escala de 0 a 10 su vida sexual y de pareja, la media obtenida es de 5 en su vida sexual y de 6 en su vida en pareja. Parece por tanto, que las mujeres en etapa de mantenimiento presentan problemas sexuales y de pareja, especialmente falta de deseo y problemas de comunicación. Estos datos de la entrevista coinciden con la información extraída del FSFI en el que todos los dominios y la puntuación total se encontraban por debajo de la puntuación media. También la calidad de vida general como de pareja parece deteriorada, con percentiles de 25 y 31 respectivamente y puntuaciones directas por debajo de la media.

Estos datos pueden ser un indicador de que las mujeres en etapa de mantenimiento sienten deteriorada su calidad de vida tanto general como sexual y de pareja, y por tanto, puede ser interesante su intervención.

Por otra parte, los resultados expuestos muestran que el programa de intervención en sexualidad y pareja en mujeres en etapa de mantenimiento con formato grupal propuesto no es eficaz para tratar el desajuste personal y de pareja y mejorar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en este período.

Analizados los resultados a lo largo del tiempo, solo podemos observar que tras la intervención (comparación medidas pre-post, pre-seg1, pre-seg2, post-seg1, post-seg2 y seg1-seg2 GE, tablas 20, 21, 22 23, 24 y 25) se produjeron cambios significativos en el GE ($p < 0.008$) en autoestima comparando el post con el seguimiento a 6 meses. Sin embargo, también se observó (aunque no exista significación estadística significativa) que aparece a medio y largo plazo, un aumento de la autoestima, una mejora de la

respuesta sexual en el área de deseo y orgasmo y un incremento de excitación y de la respuesta sexual general, así como una mejora en la calidad de vida percibida general tanto en las puntuaciones directas como en las típicas. No se observaron cambios significativos, ni tendencias de cambio en el postratamiento, ni a lo largo de los seguimientos en otras áreas de la respuesta sexual (lubricación, satisfacción, dolor), ni en la calidad de vida en pareja.

Una posible interpretación de los mejores resultados transcurridos uno y seis meses desde la intervención, es que las mujeres del GE necesitan un tiempo para asimilar y poner en práctica los contenidos vistos durante el programa para que empiecen a hacer efecto en sus vidas. Esto ocurre especialmente en aquellas áreas donde el GE parte de puntuaciones más bajas en el pretatamiento o con mayor número de sujetos con puntuaciones relevantes a nivel clínico (autoestima, deseo, orgasmo, satisfacción y respuesta sexual total, exceptuando la calidad de vida general y en pareja; ver tabla 31).

También, el que no se produzcan diferencias significativas en algunos síntomas tras la intervención en el GE, puede ser debido a que en muchos de ellos se parte de puntuaciones más elevadas a nivel clínico (lubricación o dolor; ver tabla 31). En función de los datos de la entrevista, un 35% y un 44% de las mujeres no presentaban problemas ni sexuales ni de pareja desde un principio (ver tabla 11).

Estas mejorías, también se producen en el GC a lo largo del tiempo (ver tabla 26) e incluso algunas de ellas casi llegan a ser significativas como en el seguimiento a un mes en la calidad de vida en pareja en puntuación directa respecto al pretatamiento y la calidad de vida en general en el seguimiento a un mes respecto al postratamiento (ver tablas 27 y 28). Parece por tanto, que el simple paso del tiempo también favorece la mejoría de la calidad de vida de las mujeres que han llegado a su peso o en mantenimiento. Esto puede ser debido a un mayor acceso y una mayor exposición a la vida afectivo-sexual y una mejora del autoconcepto fruto del cambio y ajuste de la imagen corporal. También a una mejora de la autoeficacia percibida, al “haber resuelto” un problema que la mayoría de las mujeres llevaban arrastrando durante mucho tiempo.

Se puede concluir, que el programa de intervención en sexualidad y pareja para mujeres obesas en etapa de mantenimiento, a lo largo del tiempo, no mejora de manera

significativa los niveles de autoestima, la respuesta sexual general, ni la calidad de vida en general/pareja de las mujeres que se encuentran en esta fase del tratamiento de su obesidad. Estas mejorías tampoco son significativas en el GC según transcurre el tiempo, aunque parece que en ambos grupos, la sintomatología disminuye según las mujeres van pasando más tiempo en su peso saludable (siendo ligeramente mayores las mejorías en el GE).

Los resultados del GE se compararon con los de un GC para ver si había diferencias significativas entre ambos grupos. Antes de hacer los análisis, se comprobó que ambos grupos eran homogéneos en distintas variables como las sociodemográficas, la historia médico-psicológica, algunos de sus hábitos de comportamiento y los niveles de sintomatología previos. Tras los resultados de las pruebas podemos afirmar que los grupos son homogéneos excepto en las variables referidas a la sexualidad y la relación de pareja. Se comprobó que los grupos eran homogéneos excepto en dos variables (véase en la tabla 16): dificultad en la comunicación de pareja y dificultad en las relaciones sexuales en pareja en las que se obtuvieron diferencias significativas ($p<0.05$). Según los resultados, parece que las mujeres del GE tienen más problemas de comunicación en pareja y en sus relaciones sexuales en pareja que las del GC. En la tabla 16, también se pone de manifiesto que las mujeres del GE (aunque no sea de manera significativa), también presentan en comparación con el GC, peor respuesta sexual (menor deseo y excitación, dificultad en el orgasmo y otros problemas sexuales) y en su relación de pareja (menos tiempo en común, más discusiones y problemas con la familia de origen y mayor dificultad para solucionarlos), han acudido a especialitas en mayor medida por lo que parece que tienen una actitud más activa ante los problemas sexuales y de pareja y llevan más tiempo con problemas de pareja. Estos resultados pueden ser una razón por la que estas mujeres tuvieran más interés en realizar el programa y lo llevaran a cabo respecto a las del GC.

Una apreciación que también puede explicar la participación de las mujeres del GE en el programa, es que aunque en algunas puntuaciones las mujeres del GE podían tener mejores puntuaciones respecto a las del GC, estas parecen tener mayor nivel de insatisfacción con sus relaciones sexuales y de pareja. Esto puede verse reflejado en la puntuación dada en ítems que podemos considerar más subjetivos como las valoraciones hechas en la entrevista respecto a su vida sexual y de pareja (tabla 16), la

puntuación en satisfacción con las relaciones sexuales del FSFI y la puntuación de la calidad de vida subjetiva en pareja del EBP (ver tabla 19).

Tras el análisis de datos, se encuentra que los cambios producidos en el GE al compararlos con los del GC tampoco presentan diferencias significativas en la mayoría de los casos. Sólo aparecen diferencias significativas entre los dos grupos en la puntuación directa de calidad de vida en pareja en el postratamiento (ver tabla 29). Esta diferencia, puede deberse más a la diferencia en la puntuación de calidad de vida en pareja que había ya de inicio entre las dos muestras (GE y GC) y a la bajada de la puntuación en el postratamiento respecto al pretatamiento en el GE, que a una mejora significativa de la calidad de vida en pareja en el el GC respecto al GE. Parece por tanto que el GE presenta peor calidad de vida en pareja desde un principio como muestran las tablas 16 y 31, y que esta diferencia va disminuyendo (llegando a eliminarse) en los seguimientos a uno y seis meses, según va mejorando esta área en el GE a lo largo del tiempo.

Quizás los resultados podían haber sido mejores si se hubiera aumentado la adherencia al tratamiento ya que, por ejemplo, aproximadamente el 38% ($n=5$) de las participantes acuden de 3 a 6 sesiones del programa. Aun así, casi el 62% ($n=8$) de las participantes acuden a 7 u 8 sesiones del programa de intervención (ver tabla 30).

Algo a reseñar fue la gran mortandad experimental tanto antes como después de haber empezado el programa de intervención. Muchas mujeres que en un principio se mostraban interesadas en realizar el taller y que se apuntaron en una lista orientativa, nunca participaron. De las que empezaron, algunas de ellas sólo rellenaron las medidas pretratamiento o acudieron únicamente a la primera sesión.

Respecto a la significación clínica (ver tabla 31), a lo largo del tiempo aumenta el porcentaje de participantes sin sintomatología a nivel clínico en algunas áreas tratadas: autoestima, respuesta sexual general (en concreto en deseo, excitación, orgasmo y satisfacción) y calidad de vida en pareja en puntuaciones directas. Los porcentajes se mantienen respecto a la significación clínica en: dolor, lubricación, en la calidad de vida general en directas y en la calidad de vida en pareja en típicas. El porcentaje disminuye en general en calidad de vida en centiles. Se observa, cómo en la

sintomatología que se partía de mayores porcentajes de población clínica, se mejoran más los resultados a medio y largo plazo. Sin embargo, en algunas áreas se partía de niveles de sintomatología a nivel clínico muy bajos, y es en estas áreas donde se obtienen peores resultados. De los resultados se desprende que a lo largo de la intervención, el porcentaje de sujetos con sintomatología de nivel clínico disminuye, especialmente en áreas como la autoestima pasando de un porcentaje del 30.8% en el pretratamiento al 69.2% en el seguimiento a 6 meses; la respuesta sexual general pasando del 23% al 46.2% (especialmente en el área de deseo, excitación, orgasmo y satisfacción); y calidad de vida en pareja pasando del 18% al 27.2% (en directas, ya que en típicas parece ser más exigente para alcanzar la significación clínica). Éstas áreas estaban más deterioradas antes de la intervención y se van mejorando a lo largo del tiempo (especialmente a medio y largo plazo).

Tras analizarse el tamaño del efecto, se observa que siguiendo la clasificación de Faul y Elderfer (1992) (pequeño < 0.5 ; mediano > 0.5 y < 0.8 ; y grande > 0.8), se obtienen tamaños del efecto medianos y grandes en algunas áreas. Al comparar los cambios del GE a lo largo del tiempo, se encontraron tamaños del efecto en autoestima al comparar el pre-seg1, pre-seg2 y post-seg2; en deseo al comparar el pre-seg1 y pre-seg2; y en calidad de vida en pareja en típicas al comparar el post-seg2 (ver tablas 33 y 34). Al comparar el GE con el GC, se encontraron tamaños del efecto medios y grandes dentro de la respuesta sexual en el deseo en el post y la satisfacción en el seg2 (ver tabla 35). También se encontraron cambios en la calidad de vida general en puntuaciones directas en el post y el seg2 y en la calidad de vida en pareja en directas en el post y en el seg2 y en típicas en el post, seg1 y seg2 (ver tabla 35). Las diferencias del GE respecto al GC en satisfacción y calidad de vida en pareja, parece que son debidas a las diferencias de las que ya se partía desde antes de la intervención (el GC presentaba en el pretratamiento puntuaciones mejores que el GE, y estas diferencias se mantienen a lo largo de la intervención), y no a una mejoría del GC respecto al GE. En resumen, estos datos muestran una mejoría a medio y largo plazo en el GE, con tamaños del efecto medianos y grandes en el área de autoestima, deseo y la calidad de vida percibida en pareja en típicas.

Por último, la satisfacción de las participantes con el programa de intervención fue buena tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Respecto a los resultados

cuantitativos (usando una escala de 0 a 10), las mujeres valoraban el programa con un 8.4 de media; la información proporcionada con un 8.2; el material proporcionado con un 8.0 y al terapeuta con un 8.6 (ver tabla 36). El que las participantes estén muy satisfechas con los distintos aspectos de una intervención, puede influir de forma muy positiva en los resultados de la misma y es clave para mejorar la adherencia al tratamiento o la participación activa tanto fuera como dentro del grupo. Respecto a la valoración cualitativa, lo más interesante e útil del programa para las mujeres que participaron fue: “compartir información y experiencias con otras mujeres”, “tanto la información sobre sexualidad como de pareja”, “los aspectos de la comunicación en pareja y aprender un tipo de pareja sana”, “descubrir cuáles son los problemas que tengo con mi marido” y “tener más naturalidad con el sexo”. Por otra parte, cambiarían: “profundizar más en algunos temas”, “más participación por parte del grupo”, “quitar algunos aspectos básicos sobre la sexualidad” y “pondría situaciones prácticas”.

Por tanto, a la vista de los resultados, se puede afirmar que las mujeres en etapa de mantenimiento sienten deteriorada su calidad de vida tanto general como sexual y de pareja, y por tanto, puede ser interesante su intervención. Por otra parte, aunque las mujeres que se encuentran en etapa de mantenimiento sienten deteriorada su vida sexual y de pareja y demandan intervenciones específicas en esta área, parece que el simple paso del tiempo, una vez llegado a su peso saludable tras un programa de tratamiento para la obesidad y el sobrepeso, produce mejorías en la vida sexual y de pareja de las mujeres. El programa de intervención en sexualidad y pareja en mujeres en etapa de mantenimiento con formato grupal propuesto no se ha visto eficaz para tratar el desajuste personal y de pareja y mejorar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en este período, hallándose solo resultados significativos en el área de autoestima.

3.3. Conclusiones

- Las mujeres que han tenido una intervención para el tratamiento de su obesidad, y han llegado a su peso meta, parece que tienen problemas en la autoestima, su respuesta sexual y perciben un deterioro en su calidad de vida tanto general como en pareja.
- Parece que las mujeres en etapa de mantenimiento, tienen más interés o se ven más preocupadas por mejorar su vida sexual y de pareja que las mujeres que se encuentran en fase de descenso o que todavía no han llegado a su peso meta y demandan intervenciones específicas en esta área.
- Es posible que el simple paso del tiempo una vez alcanzado el peso meta, mejore el desajuste personal y de pareja que pueden sufrir las mujeres con sobrepeso u obesidad.
- El programa de intervención propuesto en sexualidad y pareja para mujeres en etapa de mantenimiento no se ha visto eficaz, al menos desde un punto de vista estadístico, para mejorar el desajuste personal y/o de pareja (ni comparando los distintos momentos de medida en el GE, ni comparando el GE con respecto al GC).
- Las mayores mejorías parecen obtenerse en el área de autoestima.
- Se observa una tendencia a la mejoría en otras áreas como: la respuesta sexual general (específicamente en el área de deseo, excitación y orgasmo) y la calidad de vida general percibida.
- Se aprecian mejorías a nivel clínico en: autoestima, respuesta sexual general (en concreto en deseo, excitación, orgasmo y satisfacción) y calidad de vida en pareja en puntuaciones directas.

3.4. Limitaciones y líneas futuras

Aunque este estudio trata de informar sobre la eficacia de un programa de intervención psicológica para la sexualidad y pareja en mujeres en etapa de mantenimiento, existen una serie de limitaciones que tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Una primera limitación es el tamaño de la muestra, al ser una muestra pequeña no nos permite generalizar los datos obtenidos y además el poder estadístico de las pruebas realizadas resulta muy limitado. Por otra parte, se han utilizado pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados dado que los grupos no habían sido formados de forma aleatoria. Por tanto, se trata de un estudio cuasiexperimental del que no se pueden establecer plenamente relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, al no ser asignadas al azar las distintas condiciones experimentales.

La muestra es pequeña pero no difiere de otros estudios específicos de esta población como el de Aguilera y cols., 2009; Black, 1987; o Camuñas y cols., 2001, con 22, 7 y 11 sujetos respectivamente. Tampoco de otros estudios más globales como los de Santacreu y Scigliano, 1986; García y cols., 1997; Alvarado y cols., 2005 (con 10 sujetos) o el de López y Godoy, 1994 (con 8 sujetos).

Otras **limitaciones** que pueden darse en la investigación son:

- Pérdida de sujetos. Se perdió la oportunidad de analizar los resultados de 5 de las participantes. Esto fue debido a que abandonaron el estudio tras la primera evaluación y se decidió no tener en cuenta sus puntuaciones para los análisis. Además, muchas mujeres recogieron los cuestionarios para rellenarlos como GE o GC y nunca los devolvieron. Esto puede ser debido a que en los instrumentos de evaluación utilizados se pregunta sobre áreas muy íntimas de las personas que no están dispuestas a compartir o simplemente evitan reflexionar sobre ellas.
- Regresión a la media o la tendencia de los datos extremos a volver hacia la media cuando se repiten las mediciones.
- Sujetos que pueden hacer lo que creen que espera el investigador.
- Sujetos que se habitúan a los métodos de evaluación

- Efecto de selección. Son sujetos interesados en la intervención o son sujetos voluntarios.
- Problema de sinceridad de las respuestas de los sujetos. Se intentó paliar este posible sesgo dando la instrucción a los sujetos de que sus datos serían totalmente confidenciales y que intentarían ser lo más sinceras posibles. También se les sugirió usar un pseudónimo en vez de su nombre real siempre que pusieran el mismo en todos los momentos de evaluación.
- Son mujeres que se encuentran en un tratamiento multidisciplinar en el que también cuentan con sesiones individuales y grupales llevadas a cabo por psicólogos. Las mejorías encontradas tanto en el GE como en el GC podrían ser resultado de estas intervenciones aunque no se centren en las áreas de sexualidad y pareja.
- Son mujeres con un nivel económico y educativo alto.
- Son mujeres de una media de edad de 40 años y algunas de ellas se encuentran en la etapa de climaterio (lo que puede influir en la respuesta sexual de las mujeres).

Se puede considerar a este trabajo como un estudio piloto. Puede servir de guía en futuras investigaciones a partir de los aciertos y/o fallos-deficiencias encontrados.

Algunas de las **posibles mejoras** podrían ser:

- Para aumentar la fiabilidad, repetir el estudio, con distintos investigadores, para observar si se obtienen los mismos resultados.
- Aumentar el tamaño muestral para una mayor generalización de los resultados.
- Asignar los sujetos de forma aleatoria a las distintas opciones de tratamiento para conseguir el nivel de estudio experimental y así poder usar pruebas estadísticas más potentes.
- Convertir algunas de las preguntas de la entrevista semiestructurada inicial y del cuestionario de valoración del programa, en preguntas cerradas que faciliten la introducción de los datos en la base de datos y la respuesta de los sujetos a los mismos.

- EBP-pareja: es un cuestionario que permite obtener valores normativos para los distintos grupos de edad, sin embargo, sus preguntas presentan un sesgo hacia una relación heterosexual tradicional y no resulta adecuado para algunas mujeres (solteras, homosexuales, que conviven con su pareja de hecho, etc.).
- Como proponían las participantes, hacer en el taller más dinámicas grupales e incluso incluir en algún módulo a sus parejas.
- Mejorar la adherencia y su medición (por ejemplo ideando algún modo de registrar si han hecho o no las tareas para casa encomendadas).
- Utilizar instrumentos de evaluación baremados para facilitar el análisis de la significación clínica.
- Hacer seguimientos a más largo plazo para ver si se mantienen los resultados a lo largo del tiempo.

Algunas líneas futuras:

- Comparar la eficacia del formato grupal vs individual.
- Investigar sobre cómo afecta el sobrepeso y la obesidad al entorno social de la mujer (pareja, hijos...).
- Analizar la eficacia diferencial de los componentes.

El presente estudio ha pretendido aportar datos acerca de la eficacia de las intervenciones psicológicas para las mujeres en etapa de mantenimiento y en especial en el área de la sexualidad y la pareja. Programas de intervención psicológica como el presentado, pueden ayudar a que muchas mujeres se vean beneficiadas y/o mejoren su calidad de vida, ya que esta, va más allá de bajar los kilos que les sobran.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. BIBLIOGRAFÍA

- Adolfsson, B., Elofsson, S., Rössner, S. y Undén, A.L. (2004). Are Sexual Dissatisfaction and Sexual Abuse Associated with Obesity? A Population-Based Study. *Obesity Research*, 12, 1702–1709.
- Aguilera, V.R., Leija, G., Rodríguez, J.D., Trejo, J. y López, M.R. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 18 (2), 157-166.
- Aguilera, V.R., Leija, G., Padilla, E.L., Rodríguez, J.D., López, J.S., Matamoros, R., López, M.R. y Trejo, J.I. (2001). Tratamiento cognitivo conductual grupal vs. Ejercicio aeróbico para el manejo de la obesidad, estrés oxidante celular y química sanguínea. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1), 236-253.
- Alonso, M. (2010). *Reinventarse. Tu segunda oportunidad*. Barcelona: Plataforma.
- Alonso, A., Llaneza, P. y González, C. (2008). Síndrome metabólico, obesidad y terapia hormonal de sustitución. *Revista Española de Obesidad*, 6 (6), 340-350.
- Alvarado, A.M., Guzmán, E. y González, M.T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th edn, Text Revision. Washington, DC, EE.UU: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. *DSM-5 Development*. Extraído el 13 de Febrero del 2012 desde: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

- Ames, G.E., Perri, M.G., Fox, L.D., Fallon, E.A., De Braganza, N., Murawski, M.E., Pafumi, L. y Hausenblas, H.A. (2005). Changing weight-loss expectations: a randomized pilot study. *Eating Behaviors*, 6 (3), 259-269.
- Anderson, D.A., Shapiro, J.R. y Lundgren, J.D. (2001). *The behavioral treatment of obesity*. Extraído el 15 de Agosto del 2011 desde: http://findarticles.com/p/articles/mi_6884/is_2_2/ai_n28128027/?tag=mantle_skin;content
- Anderson, J., Konz, E., Frederich, R. y Wood, C. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *American Journal Clinical Nutrition*, 74, 579-584.
- Annesi, J.J. (2010). Relations of changes in self-regulatory efficacy and physical self-concept with improvements in body satisfaction in obese women initiating exercise with cognitive-behavioral support. *Body Image*, 7 (4), 356-359.
- Annesi, J.J. (2011). Behaviorally supported exercise predicts weight loss in obese adults through improvements in mood, self-efficacy, and self-regulation, rather than by caloric expenditure. *Perm Journal*, 15 (1), 23-7.
- Annesi, J.J. y Gorjala, S. (2010). Relationship of exercise program participation with weight loss in adults with severe obesity: assessing psychologically based mediators. *Southern Medical Journal*, 103 (11), 1119-1123.
- Annesi, J.J., Unruh, J.L., Marti, C.N., Gorjala, S. y Tennant, G. (2011). Effects of the coach approach intervention on adherence to exercise in obese women: assessing mediation of social cognitive theory factors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82 (1), 99-108.
- Aranceta, J., Pérez, C., Serra, Ll., Ribas, L., Quiles, J., Vioque, J., Tur, J., Mataix, J., Llopis, R., Fox, M. y el Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España (2003). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*, 120 (16), 608-612.

- Aranceta, J., Serra, Ll., Foz, M., Moreno, B. y Grupo Colaborativo SEEDO (2005). Prevalencia de la Obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125 (12), 460-466.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. Tesis doctoral.
- Armstrong, M.J., Mottershead, T.A., Ronksley, P.E., Sigal, R.J., Campbell, T.S. y Hemmelgarn, B.R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12 (9), 709-723.
- Arrebola, E., Gómez, C., Fernández, C., Loria, V., Muñoz, E., Bermejo, L.M. (2011). Evaluation of a lifestyle modification program for treatment of overweight and nonmorbid obesity in primary healthcare and its influence on health-related quality of life. *Nutrition in Clinical Practice*, 26 (3), 316-321.
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. *La Obesidad. Grupo para el Estudio del Sobrepeso y la Obesidad de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia*. Extraído el 12 de octubre del 2011 desde: <http://www.aeem.es/noticias/102.pdf>.
- Averett, S.L., Sikora, A. y Argys, L.M. (2008). For better or worse: relationship status and body mass index. *Economics and Human Biology*, 6 (3), 330-349.
- Azarbad, L. y Gonder, L. (2010). Obesity in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (2), 423-440.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. y CSF Group (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 15, 1-9.
- Barajas, M.A., Robledo, E., Tomás, N., Sanz, T., García, P., y Cerrada, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 221-231.

- Basterra, F.J., Beunza, J.J., Bes, M., Toledo, E., García, M. y Martínez, M.A. (2011). Tendencia creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Revista Española de Cardiología*, 64 (5), 424-426.
- Baum, J.G., Clark, H.B. y Sandler, J. (1991). Preventing relapse in obesity through posttreatment maintenance systems: comparing the relative efficacy of two levels of therapist support. *Journal of Behavioral Medicine*, 14 (3), 287-302.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatric*, 4, 561-571.
- Beck, J. (2009). *El método Beck para adelgazar*. Barcelona: Gedisa.
- Bellido, D. (2006). El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria. *Revista Española de Obesidad*, 4 (1), 33-44.
- Bentley, T. y Widom C.S. (2009). A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*, 17 (10), 1900-1905.
- Berrocal, C. y Ruiz, M. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 407-424.
- Bersch, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.
- Black, D.R. (1987). A minimal intervention program and problem-solving program for weight control. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (1), 107-119.

- Black, D.R. (1998). Weight changes in a couples program: negative association of marital adjustment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19 (2), 103-111.
- Black, D., Gleser, L. y Kooyers, K. (1990). A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology*, 9 (3), 330-347.
- Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G., Ruggiero, L., Greene, G., Caldwell, M. (2006). Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health Qual Life Outcomes*, 17 (4), 43.
- Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69 (2), 118-125.
- Boehmer, U. y Bowen, D.J. (2009). Examining factors linked to overweight and obesity in women of different sexual orientations. *American Journal of Preventive Medicine*, 48 (4), 357-361.
- Boehmer, U., Bowen, D. y Bauer, G. (2007). Overweight and Obesity in Sexual-Minority Women: Evidence From Population-Based Data. *American Journal of Public Health*, 97 (6), 1134-1140.
- Bond, D.S., Phelan, S., Leahey, T.M., Hill, J.O. y Wing, R.R. (2009). Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs non-surgical methods. *International Journal of Obesity*, 33 (1), 173-80.
- Bond, D.S., Vithiananthan, S., Leahey, T.M., Thomas, J.G., Sax, H.C., Pohl, D., Ryder, B.A., Royce, G.D., Giovanni, J. y Wing, R.R. (2011). Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5 (6), 698-704.

- Bond, D.S., Wing, R.R., Vithiananthan, S., Sax, H.C., Roye, G.D., Ryder, B.A., Pohl, D., Giovanni, J. (2011b). Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7 (1), 1-7.
- Bonet, B., Quintanar, A., Sentchordi, L., Lindo, D., Pérez, J. y Martínez, J. (2007). Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil. *Psiquiatría.com*, 67 (1). Extraído el 15 de Agosto del 2011 desde: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/conducta_alimentaria_tr/32398/
- Bordnick, P.S., Carter, B.L. y Traylor, A.C. (2011). What virtual reality research in addictions can tell us about the future of obesity assessment and treatment. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5 (2), 265-271.
- Botella, C., Baños, R., García, A., Quero, S., Guillén, V. y Marco, H.J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*, 4, 32-41.
- Botella, C., García, A., Baños, R. y Quero, S. (2007b). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 82, 17-31.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R., y García, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología de la Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona*, 40 (2), 155-170.
- Boyes, A.D. y Latner, J.D. (2009). Weight stigma in existing romantic relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35 (4), 282-293.
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L.N. y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 115-126.

- Bray, G. (2007). Tratamiento médico de la obesidad: situación actual y futuras esperanzas. *Medicina Clínica Norteamericana*, 91, 1225-1253.
- Brosens, C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. Evidencia-
Actualización en la Práctica Ambulatoria, 12 (3), 116-117.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41 (7), 765-782.
- Buclin, S., Pataky, Z., Bruchez, V. y Golay, A. (2010). New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. *Patient Education and Counselig*, 79 (3), 333-337.
- Bustos, G., Moreno, F., Calderín, M.A., Martínez, J.J., Díaz, E. y Arana, C. (1997). Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *Anales Españoles de Pediatría*, 47 (2), 135-143.
- Butryn, M.L., Phelan, S., Hill, J.O. y Wing, R.R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: a key component of successful weight loss maintenance. *Obesity*, 15 (12), 3091-3096.
- Cabello, F., Sapetti, A., Glyna, S., López, G. y miembros de la Academia Internacional de Sexología Médica (2011). Repercusiones del tabaco en la sexualidad. *Revista Internacional de Andrología*, 9 (2), 50-53.
- Cabello, M.L. y Ávila, M.N. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8, 82-104.
- Cabioglu, M.T., Ergene, N. y Tan, U. (2007). Electroacupuncture treatment of obesity with psychological symptoms. *The International Journal of Neuroscience*, 117 (5), 579-590.

- Campillo, J.E. (2011). *El mono obeso*. Barcelona: Drakontos.
- Camuñas, N., Revuelto, R., Yanes, C., Martí, M., Vivas, F. y Sánchez, J.I. (2001). Control emocional en pacientes obesas: un programa de intervención cognitivo conductual. *Psiquiatría.com*, 2. Extraído el 15 de Agosto del 2011 desde: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/2453/>
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1996). *Inventario de Control, Defensa y Expresión de emociones negativas – CDE -*. No publicado.
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Van der Linden y Golay, A. (2011). Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 8-18.
- Carrasco, F., Moreno, M., Irribarra, V., Rodríguez, L., Martín, M.A., Alarcón, A., Mizón, C., Echenique, C., Saavedra, V., Pizarro, T. y Átala, E. (2008). Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. *Revista Médica de Chile*, 136, 13-21.
- Carrobbles, J.A., Gámez, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27 (1), 27-34.
- Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Psicología.com*, 1 (1). Extraído el 17 de Agosto del 2011 desde: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/obesidad/974/

- Castellini, G., Manucci, E., Mazzei, C., Lo Sauro, C., Faravelli, C., Rotella, C.M., Maggi, M. y Rica, V. (2010). Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 7 (12), 3969-3978.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G.M., Cuzziol, P., Cesa, G.L., Tuzzi, C., Villa, V., Liuzzi, A., Petroni, M.L. y Molinari, E. (2010). TECNOB: study design of a randomized controlled trial of a multidisciplinary telecare intervention for obese patients with type-2 diabetes. *BMC Public Health*, 10, 204.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G.M., Villa, V., Cesa, G.L., Pietrabissa, G. y Molinari, E. (2011). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials*, 12, 114.
- Castro, P. y Bellido, D. (2006). Utilización de tests y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Revista Española de Obesidad*, 4 (6), 338-345.
- Castroviejo, F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad*. Tesis doctoral.
- Caudwell, P., Hopkins, M., King, N.A., Stubbs, R.J. y Blundell, J.E. (2009). Exercise alone is not enough: weight loss also needs a healthy (Mediterranean) diet? *Public Health Nutrition*, 12 (9A), 1663-1666.
- Chen, E.Y. y Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, 13 (8), 1393-1397.
- Christiansen, T., Bruun, J.M., Madsen, E.L. y Richelsen, B. (2007). Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. *Obesity*, 15 (2), 413-420.

- Collings, A.S., Saules, K.K. y Saad, L.R. (2008). A prospective study of predictors of successful weight maintenance by women enrolled in community-based weight-loss programs. *Eating Weight Disorders*, 13 (1), 38-47.
- Collins, R.L., Rothblum, E.D. y Wilson. G.T. (1986). The comparative efficacy of cognitive and behavioral approaches to the treatment of obesity. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 3, 299-318.
- Cooper, Z., Doll, H.A., Hawker, D.M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M.E. y Fairburn, C. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (8), 706-713.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G., Hawker, D.M. (2003). *Cognitive-Behavioral treatment of obesity. A clinicians´s guide*. New York: The Guilford Press.
- Corbalán, M.D., Morales, E.M., Canteras, M., Espallardo, A., Hernández, T. y Garaulet, M. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 25 (7-8), 861-869.
- Cordela, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutrición*, 35 (3), 181-187.
- Cresci, B., Tesi, F., La Ferlita, T., Rica, V., Ravaldi, C., Rotella, C.M. y Mannucci, E. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obesity: results after 36 months. *Eating and Weight Disorders*, 12 (4), 147-153.
- Culos, S.N., Doyle, P.K., Paskevich, D., Devonish, J.A. y Reimer, R.A. (2007). Evaluation of a community-based weight control program. *Physiology and Behavior*, 92 (5), 855-860.
- Dalen, J., Smith, B.W., Shelley, B.M., Sloan, A.L., Leahigh, L. y Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and

- psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18 (6), 260-264.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B. y Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31 (5), 876-882.
- D'Argenio, A., Mazzi, C., Pecchioli, L., Di Lorenzo, G., Siracusano, A. y Troisi, A. (2009). Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism?. *Psychology and Behavior*, 98 (5), 543-546.
- Delgado, C., Morales, M.J., Maruri, I., Rodríguez, C., Benavente, J.L. y Núñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (6), 376-381.
- Dethlefsen, T. y Dalhlke, R. (2008). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Debolsillo.
- Díaz, J., Armero, M., Calvo, I. y Rico, M.A. (2002). Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 17 (2), 93-96.
- Díaz, M.C. y Díaz, M.T. (2008). Obesidad y autoestima. *Enfermería Global*, 7 (13).
Extraído el 19 de Agosto del 2011 desde:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16131/15541>
- DietaDukan.es. *El método Dukan: adelgazar de forma natural*. Extraído el 15 de Febrero del 2012 desde: <http://www.dietadukan.es/el-coaching-dukan/el-metodo-dukan>
- DiMarco, I.D., Klein, D.A., Clark, V.L. y Wilson, G.T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behaviors*, 10 (2), 134-136.

- Dyson, P.A. (2010). The therapeutics of lifestyle management on obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 12 (11), 941-946.
- Duval, K., Marceau, P., Lescelleur, O., Hould, F.S., Marceau, S., Biron, S., Lebel, S., Pérusse, L. y Lacasse, Y. (2006). Health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Surgery*, 16 (5), 574-579.
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones...sin drogas?*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Echeburua, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Elpais.com (2011). *Pocos milagros en la dieta Dukan*. Extraído el 15 de Febrero del 2012 desde: http://elpais.com/diario/2011/09/11/sociedad/1315692004_850215.html
- Español, N. y Miján, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 4 (6), 317-327.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., De Sio, M., Colacurci, N. y Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19 (4), 353-357.
- Fabricatore, A.N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference?. *Journal of the American Dietetic Association*, 107 (1), 92-99.
- Fairburn, C. (2011). *La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control*. Madrid: Paidós.
- Faul, F. y Erdfelder, E (1992). GPOWER: A Priori, Post-hoc and Compromise Power for MS-DOS (programa informático). Bonn: Bo Dep. de Psicología.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Felitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern Medical Journal*, 86 (7), 732-736.
- Fernández, A.M., Cuadros, J.L., Chedraui, P., Mendoza, M., Cuadros, A.M. y Pérez, F.R. (2010). Obesity is related to increased menopausal symptoms among Spanish women. *Menopause International*, 16 (3), 105-110.
- Fernández, L., Guerrero, L., Andugar, J., Casal, M.C., Crespo, N. y Segura, J. (2006). Eficacia de un programa de intervención sobre el control del peso en pacientes obesos hipertensos. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9 (4), 242-247.
- Ferrando, M. y Bellver, J. (2008). Impacto de la obesidad sobre la reproducción humana natural y asistida. *Revista Española de Obesidad*, 6 (6), 302-316.
- Fine, J., Colditz, G., Coakley, E., Moseley, G., Manson, J., Willett, W. y Kawachi, I. (1999). A Prospective Study of Weight Change and Health-Related Quality of Life in Women. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (22), 2136-2142.
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C. y Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and weight disorders*, 9 (2), 134-138.
- Foster, G., Markris, A. y Bailer, B. (2005). Behavioral Treatment of obesity. *The American Journal Clinical Nutrition*, 82, 2308-2358.

- Foster, G.D., Phelan, S., Wadden, T.A., Gill, D., Ermold, J. y Didie, E. (2004). Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obesity Research*, 12 (8), 1271-1277.
- Foz, M. (2006). ¿Es el sobrepeso nocivo para la salud?. *Revista Española de Obesidad*, 6 (2), 62-65.
- Gaillard, S., Barthassat, V., Pataky, Z. y Golay, A. (2011). Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. *Revue médicale suisse*, 7 (288), 695-699.
- Galicia, I. y Simal, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Psiquiatría.com*. Extraído el 2 de Octubre del 2011 desde: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/obesidad/11685/
- Galletly, C., Clark, A., Tomlinson, L. y Blaney, F. (1996). Improved pregnancy rates for obese, infertile women following a group treatment program. An open pilot study. *General Hospital Psychiatry*, 18 (3), 192-195.
- Garaulet, M. (2006). La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. *Revista Española de Obesidad*, 4 (4), 205-220.
- Garaulet, M. y Pérez, F. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (1), 9-17.
- Garaulet, M, Pérez, F., Zamora, S. y Tébar, F.J. (1999). Weight loss and possible reasons for dropping out of a dietary/behavioural programme in the treatment of overweight patients. *Journal Human Nutrition and Dietetics* 12, 219-227.
- García, E., Saldaña, C., Bach, L., Tomás, I. y Bados, A. (1997). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual para la obesidad adaptada a las características

de los pacientes: tratamiento y seguimiento de cinco años. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (2), 3-29.

García, H., Rodríguez, B. y de Cos, A.I. (2010). Motivación y adhesión a tratamientos. Abordaje integral en la consulta hospitalaria de obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 8 (2), 87-92.

García, L., Guirao, L., Alfaro, J., Casas, I., Torralba, Y. e Izquierdo, M.T. (2008). Disfunciones sexuales en el sistema sanitario: ¿y nosotras qué?. *Revista Internacional de Andrología*, 6 (1), 23-26.

Gearhardt, A.N., Yokum, S., Orr, P.T., Stice, E., Corbin, W.R. y Brownell, K.D. (2011). Correlatos neurales de la adicción a la comida. *Psiquiatría.com*. Extraído el 30 de Agosto del 2011 desde: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/otras/53073/>

Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (2), 242-250.

Gluck, M.E., Geliebter, A. y Lorence, M. (2004). Cortisol stress response is positively correlated with central obesity in obese women with binge eating disorder (BED) before and after cognitive-behavioral treatment. *The New York Academy of Sciences*, 1032, 202-207.

Golay, A. (2006). Dietary and body weight control: therapeutic education, motivational interviewing and cognitive-behavioral approaches for long-term weight loss maintenance. *Nestlé Nutrition workshop series. Clinical & performance programme Nestlé*, 11, 127-137.

Golay, A., Buclin, S., Ybarra, J., Toti, F., Pichard, C., Picco, N., de Tonnac, N. y Allaz, A.F. (2004). New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. *Eating Weight Disorders*, 9 (1), 29-34.

- González, R. (1995). Como liberarse de los hábitos tóxicos: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. *Revista Cubana de Medicina General Integral [online]*, 11 (3), 253-284.
- González, T., Gálvez, E., Álvarez, N., Cobas, F.S. y Cabrera, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 5-6.
- Gorin, A.A., Le Grange, D. y Stone, A.A. (2003). Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 421-433.
- Grekin, C. (1997). Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 26 (1). Extraído el 31 de Agosto del 2011 desde: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad07.html>
- Grossi, E., Dalle, R., Mannucci, E., Molinari, E., Compare, A., Cuzzolaro, M. y Marchesini, G. (2006). Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *International Journal of Obesity*, 30 (7), 1132-1137.
- Gutierrez, J., Ferrer, M., Caqueo, A. y Moreno, E. (2010). Body image in Eating Disorders: The influence of exposure to virtual-reality environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13 (5), 521-531.
- Guzmán, R. y Zoraide, L. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma psicológica*, 15 (2), 37-50.
- Hall, S. y Hall, R. (1982). Clinical series in the behavioral treatment of obesity. *Health Psychology*, 1 (4), 359-372.

- Hartman, W.M., Stroud, M., Sweet, D.M. y Saxton, J. (1993). Long-term maintenance of weight loss following supplemented fasting. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1), 87-93.
- Harvey J., Pintauro, S., Buzelli, P. y Gold, B.C. (2004). Effect of Internet support on the long-term maintenance of weight loss. *Obesity Research*, 12 (2), 320-329.
- Hawley, G., Horwath, C., Gray, A., Bradshaw, A., Katzer, L., Joyce, J. y O'Brien, S. (2008). Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. *Preventive Medicine*, 47 (6), 593-599.
- Heron, K.E. y Smyth, J.M. (2010). Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, 15 (1), 1-39.
- Heshka, S., Anderson, J.W., Atkinson, R.L., Greenway, F.L., Hill, J.O., Phinney, S.D., Kolotkin, R.L., Miller, K. y Pi, F.X. (2003). Weight loss with self-help compared with a structured commercial program. *Journal of the American Medical Association*, 289 (14), 1792-1798.
- Hilbert, A., Rief, W. y Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity*, 16 (7), 1529-1534.
- Hippisley, J., Coupland, C., Pringle, M., Crown, N. y Hammersley, V. (2002). Married couples' risk of same disease: cross sectional study. *British Medical Journal*, 325 (7365), 636.
- Hovell, M.F., Koch, A., Hofstetter, C.R., Sipan, C., Faucher, P., Dellinger, A., Borok, G., Forsythe, A. y Felitti, V.J. (1988). Long-term weight loss maintenance: Assessment of a behavioral and supplemented fasting regimen. *American Journal of Public Health*, 78 (6), 663-666.

- Huang, A.J., Stewart, A.L., Hernandez, A.L., Shen, H. y Subak, L.L. (2009). Sexual function among overweight and obese women with urinary incontinence in a randomized controlled trial of an intensive behavioral weight loss intervention. *Journal of Urology*, 181 (5), 2235-2242.
- Iruarrizaga, I., Romero, N., Camuñas, N., Rubio, M.A. y Cabrerizo, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Psiquiatría.com*, 5 (3). Extraído el 20 de Septiembre del 2011 desde: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2358>
- Janghorbani, M., Amini, M., Rezvanian, H., Gouya, M.M., Delavari, A., Alikhani, S. y Mahdavi, A. (2008). Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. *Archives of Iranian Medicine*, 11 (3), 274-281.
- JANO.es (2008). *Lanzamiento del Rimonabant en España*. Extraído el 12 de Abril del 2012 desde: http://www.jano.es/jano/ctl_servlet?_f=11&iditem=2091&idtabla=1
- JANO.es (2010). *Reducir hasta un 10% la masa corporal mejora los trastornos de la fertilidad en personas obesas*. Extraído el 22 de Octubre del 2011 desde: http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/reducir/10/masa/corporal/mejora/trastornos/fertilidad/personas/obesas/_f-11+iditem-10523+idtabla-1
- Jeffery, R.W., Levy, R.L., Langer, S.L., Welsh, E.M., Flood, A.P., Jaeb, M.A., Laqua, P.S., Hotop, A.M. y Finch, E.A. (2009). A comparison of maintenance-tailored therapy (MTT) and standard behavior therapy (SBT) for the treatment of obesity. *Preventive Medicine*, 49 (5), 384-389.
- Jeffery, R.W., Sherwood, N.E., Brelje, K., Pronk, N.P., Boyle, R., Boucher, J.L. y Hase, K. (2003). Mail and phone interventions for weight loss in a managed-care setting: Weight-To-Be one-year outcomes. *International Journal of Obesity*, 27, 1584–1592.
- Jiménez, G., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1996). *Cuestionario Tridimensional de Depresión – CTD -*. No publicado.

- Kadioglu, P., Yetkin, D.O., Sanli, O., Yalin, A.S., Onem, K. y Kadioglu, A. (2010). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *British Journal of Urology International*, 106 (9),1357-1361.
- Kajaste, S., Brander, P.E., Telakivi, T., Partinen, M. y Mustajoki, P. (2004). A cognitive-behavioral weight reduction program in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome with or without initial nasal CPAP: a randomized study. *Sleep Med*, 5 (2),125-131.
- Kaplan, H.S. (1982). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H.S. (2002). *La nueva terapia sexual I*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kathryn, M. y Li, L. (2011). Domestic violence and obesity in egyptian women. *Journal of Biosocial Science*,43, 85-99.
- Katzer, L., Bradshaw, A.J., Horwath, C.C., Gray, A.R., O'Brien, S. y Joyce, J. (2008). Evaluation of a "nondieting" stress reduction program for overweight women: a randomized trial. *American Journal of Health Promotion*, 22 (4), 264-274.
- Kim, K.K., Kang, H.C., Kim, S.S. y Youn, B.B. (2006). Influence of weight reduction by sibutramine on female sexual function. *Interntational Journal of obesity*, 30 (5), 758-763.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments--another meta-reanalysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (3), 517-519.
- Knowler, W.C., Barrett, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A. y Nathan, D.M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346 (6), 393-403.

- Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., Ostbye, T., Gress, R.E. y Adams, T.D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14 (3), 472-479.
- Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., Ostbye, T., Mitchell, J.E. y Hartley, G. (2008). Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. *International Journal of Impotence Research*, 20 (5), 487-492.
- Labrador, F. (1994). *Drogas y sexualidad*. Guía de la sexualidad. Madrid: Espasa Calpe.
- Lara, C.M., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 247-225.
- Larrañaga, A. y García, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129 (10), 387-391.
- Latner (2008). Body checking and avoidance among behavioral weight-loss participants. *Body Image*, 5 (1), 91-98.
- Legenbauer, T.M., de Zwaan, M., Mühlhans, B., Petrak, F. y Herpertz, S. (2010). Do mental disorders and eating patterns affect long-term weight loss maintenance?. *General Hospital Psychiatry*, 32 (2), 132-140.
- Leibbrand, R. y Fichter, M.M. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary?. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (11), 1275-1289.
- Leija, G., Aguilera, V.R., Lara, E., Rodríguez, J.D., Trejo, J.I. y López, M.R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (2), 19-28.
- Linde, J.A., Simon, G.E., Ludman, E.J., Ichikawa, L.E., Operskalski, B.H., Arterburn, D., Rohde, P., Finch, E.A. y Jeffery, R.W. (2011). A randomized controlled trial

- of behavioral weight loss treatment versus combined weight loss/depression treatment among women with comorbid obesity and depression. *Annals of Behavioral Medicine*, 41 (1), 119-130.
- Lipowicz, A., Gronkiewicz, S. y Malina, R.M. (2002). Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland. *American Journal of Human Biology*, 14 (4), 468-475.
- Llaneza, P., Iñarrea, J., Gonzalez, C., Alonso, A., Arnott, I. y Ferrer, J. (2007). Differences in health related quality of life in a sample of Spanish menopausal women with and without obesity. *Maturitas*, 58, 387–394.
- López, A. (2005). ¿Son las dietas una “causa” del sobrepeso? Un análisis contrafáctico. *Universidad de Psicología de Bogotá*, 4 (1), 23-29.
- López, J. (2005b). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Tesis Doctoral.
- López, M.J. (2010). Obesidad, diabetes y sexualidad. *Yo con diabetes.com*. Extraído el 24 de Noviembre del 2011 desde: http://www.yocondiabetes.com/abcdeladiabetes/index.php?option=com_content&task=view&id=2027&Itemid=0
- López, F. y Godoy, J. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6 (3), 333-345.
- Lorence, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 51-68.
- Lucio, C. (2010). La obesidad también daña la vida sexual. *El mundo.es*. Extraído el 24 de Noviembre del 2011 desde: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/06/15/nutricion/1276604728.html>

- Malterud, K. y Ulriksen, K. (2010). Obesity in general practice: a focus group study on patient experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28 (4), 205-210.
- Mannucci, E., Petroni, M.L., Villanova, N., Rotella, C.M., Apolone, G., Marchesini, G. y QUOVADIS Study Group (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 90.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E. y Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (8), 1427-1432.
- Manzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S.M., Ricca, V. y Rotella, C.M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 4 (4), 198-202.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health~li - festyles* (pp.410-452). Nueva York: Bmnner/Mazel.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Márquez, B., Armendáriz, A.L., Bacardí, M. y Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (1), 1-5.
- Melchionda, N., Besteghi, L., Di Domizio, S., Pasqui, F., Nuccitelli, C., Migliorini, S., Baraldi, L., Natale, S., Manini, R., Bellini, M., Belsito, C., Forlani, G. y Marchesini, G. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: one-year follow-up in a clinical setting. *Eating and Weight Disorders* 8 (3), 188-93.

- Melin, I., Reynisdottir, S., Berglund, L., Zafir, M. y Karlström, B. (2006). Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit. Long-term outcome and drop-out. *Eat Weight Disord*, 11 (1), 22-30.
- Merrill, E. y Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (2), 139-146.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA*- Madrid. TEA Ediciones (2ª ed. rev., 1988; 3ª ed. rev., 1994).
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1988). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA*- (2ª edición). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA*- (3ª edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos). Madrid: TEA.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Estrategia NAOS sobre Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Extraído el 13 de Septiembre del 2011 desde:
<http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/investigacion/publicacion1estrategianaos.pdf>
- Mond, J.M., Rodgers, B., Hay, P.J., Darby, A., Owen, C., Baune, B.T. y Kennedy, R.L. (2007). Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorder features. *Obesity*, 15 (11), 2769-2779.
- Montero, J.C., Cúneo, A., Facchini, M. y Bressan, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (1), 175-186.
- Monterrubio, S. y Iruarrizaga, I. (2001). La obesidad y estados emocionales. *Boletín de la SEAS*, 15, 13-21.

- Mora, M., Raich, R. (2005). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Moreno, B. (2005). *Verdades y mentiras sobre la obesidad*. Barcelona: Planeta.
- Moreno, C. y Tandor, R. (2011). Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5?. *Current Pharmaceutical Design*, 17 (12), 1128-1131.
- Morín, R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Revista de trabajo social*, 18, 4-13. Extraído el 15 de Noviembre del 2011 desde: www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/19513
- Munsch, S., Biedert, E. y Keller, U. (2003). Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. *Swiss Medical Weekly*, 133 (9-10), 148-154.
- Murawski, M.E., Milsom, V.A., Ross, K.M., Rickel, K.A., DeBraganza, N., Gibbons, L.M. y Perri, M.G. (2009). Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eating Behaviors*, 10 (11), 146-151.
- Nardone, G. (2009). *La dieta de la paradoja*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2011). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Herder.
- Nauta, H., Hospers, H., Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *Brithish Journal of Health Psychology*, 6 (3), 271-284.
- Nunn, R.G., Newton, K.S. y Faucher, P. (1992). 2.5 years follow-up of weight and body mass index values in the weight control for life! program: A descriptive analysis. *Addictive Behaviors*, 17, 579-585.

- Ocampo, P. y Pérez, A.N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen*, 36 (6), 325-331.
- O'Donnell, W. y Warren, W. (2007) *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria*, Ed. Manual Moderno. México.
- Oettingen, G. y Wadden, T.A. (1991). Expectation, fantasy, and weight loss: Is the impact of positive thinking always positive? *Cognitive Therapy and Research*, 15 (2), 167-175.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Extraído el 13 de Septiembre del 2011 desde:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Ostbye, T., Kolotkin, R.L., He, H., Overcash, F., Brouwer, R., Binks, M., Syrjala, K.L. y Gadde, K.M. (2011). Sexual functioning in obese adults enrolling in a weight loss study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37 (3), 224-235.
- Ostrowska, L. y Lech, M.M. (2005). The effectiveness of a body mass reduction program in obese women in perimenopausal and menopausal age compared with the effectiveness of such a program in younger (18-44 years of age) women living in Poland. *Central European Journal of Public Health*, 13 (1), 40-46.
- Palencia, A. (2006). Obesidad: la epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Obesidad*, 4 (3), 175-177.
- Palmeira, A.L., Branco, T.L., Martins, S.C., Minderico, C.S., Silva, M.N., Vieira, P.N., Barata, J.T., Serpa, S.O., Sardinha, L.B. y Teixeira, P.J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*, 7 (3), 187-193.

- Palmeira, A.L., Markland, D.A., Silva, M.N., Branco, T.L., Martins, S.C., Minderico, C.S., Vieira, P.N., Barata, J.T., Serpa, S.O., Sardinha, L.B. y Teixeira, P.J. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 9.
- Papelbaum, M., Moreira, R.O., Gaya, C.W., Preissler, C. y Coutinho, W.F. (2010). Impact of body mass index on the psychopathological profile of obese women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 42-46.
- Pearson, D. (2006). A behavioural approach to weight loss. *Nursing Times*, 102 (17), 45-46.
- Pedrero, E.J. (2002). Recursos de tratamiento en internet para conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 4 (2), 69-82. Extraído el 15 de Noviembre del 2011 desde: <http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/recursos-tratamiento-internet-conductas-adictivas-13030755-tratamiento-2002>
- Perelló, M., Martínez, C. y Lloréns, N. (2004). Intervención en un caso de ingesta compulsiva y depresión. *Información Psicológica*, 85, 78-124.
- Perri, M.G., McAdoo, W.G., McAllister, D.A., Lauer, J.B., Jordan, R.C., Yancey, D.Z., Nezu, A.M. (1987). Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 615-617.
- Perri, M.G., Nezu, A.M., Mckelvey, W.F., Shelmer, R.L., Renjilian, D.A. y Viegner, B.J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 722-726.
- Pesant, M.H., Wunder, D., Pralong, F. y Giusti, V. (2010) The impact of obesity on fertility. *Revue Médicale Suisse*, 6 (242), 662-665.

- Previsl.com. *Previ. Psicología y realidad virtual*. Extraído el 19 de marzo del 2012 desde: <http://www.previsl.com/es/index.asp>
- Puerta, M. (2005). Los esteroides sexuales femeninos y el equilibrio energético. *Revista Española de Obesidad*, 3 (4), 183-193.
- Quilliot, D., Roché, G., Mohebbi, H., Sirvaux, M.A., Böhme, P. y Ziegler, O. (2010). Nonsurgical management of obesity in adults. *Presse Médicale*, 39 (9), 930-944.
- Quinlivan, J.A., Lam, L.T. y Fisher, J. (2011). A randomised trial of a four-step multidisciplinary approach to the antenatal care of obese pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51 (2), 141-146.
- Quirantes, A.J., López, M., Hernández, E., Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (3), 1-8.
- Raich, R.M. (2008). Los trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso. *Infocop*, 36, 6-9.
- Ramirez, E.M. y Rosen, J.C. (2001). A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 440-446.
- Ramlau, C.H., Thulstrup, A.M., Nohr, E.A., Bonde, J.P., Sorensen, T.I. y Olsen, J. (2007). Subfecundity in overweight and obese couples. *Human Reproduction*, 22 (6), 1634-1637.
- Rand, C.S., Kuldau, J.M. y Robbins, L. (1982). Surgery for obesity and marriage quality. *Journal of the American Medical Association*, 247 (10), 1419-1422.
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea... entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.

- Ravenna, M. (2009). *Aprende a comer. El método Ravenna*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2009b). *De la A a la Z. El ABC del sobrepeso*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2009c). *La medida que adelgaza. Del exceso tóxico a la porción saludable*. Buenos Aires: Vergara.
- Reforzo, J. y Rocca, D.Z. (1989). Metabolismo de las hormonas sexuales en la obesidad. *Revista Argentina de Endocrinología y metabolismo*, 26 (1), 23-27.
- Reiner, M., Carrard, I. y Golay, A. (2010). Motivational interviewing integrated into cognitive behavioral therapy in obesity treatment. *Revue Médicale Suisse*, 31 (6), 677-681.
- Rieger, E., Dean, H.Y., Steinbeck, K.S., Caterson, I.D. y Manson, E. (2009). The use of motivational enhancement strategies for the maintenance of weight loss among obese individuals: a preliminary investigation. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11 (6), 637-640.
- Riobó, P., Fernández, B., Kozarcewski, M. y Fernández, J.M. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18 (5), 233-237.
- Rippe, J.M., Price, J.M., Hess, S.A., Kline, G., DeMers, K.A., Damitz, S., Kreidieh, I. y Freedson, P. (1998). Improved psychological well-being, quality of life, and health practices in moderately overweight women participating in a 12-week structured weight loss program. *Obesity Research*, 6 (3), 208-218.
- Roberts, S.J., Stuart, E.M. y Oppenheimer, R.A. (2010). Lesbians' attitudes and beliefs regarding overweight and weight reduction. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13-14), 1986-1994.
- Rooney, B. y Schauburger, C. (2002). El exceso de peso adquirido durante el embarazo puede tener efecto a largo plazo. *Obstetrics and Gynecology*, 100 (2). Extraído

el 15 de Noviembre del 2011 desde:
Psiquiatría.com:http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/obesidad/8410/

Rosen, R.C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.

Rossini, R., Moscatiello, S., Tarrini, G., Di Domizio, S., Soverini, V., Romano, A., Mazzotti, A., Dalle Grave, R. y Marchesini, G. (2011). Effects of cognitive-behavioral treatment for weight loss in family members. *Journal of the American Dietetic Association*, 111 (11), 1712-1719.

Rubio, M.A. (2007). *Obesidad mórbida y cirugía de la obesidad*, 1-13. Extraído el día 3 de septiembre del 2011 desde:
<http://www.seedo.es/Obesidadysalud/Informacionpacientes/tabid/157/Default.aspx>

Salas, J., Rubio, M.A., Barbany, M., Moreno, B. y Grupo Colaborativo de la SEEDO (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clinica*, 128 (5), 184-196.

Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En Vallejo, M.A. *Manual de Terapia de Conducta II* (pp.215-275). Madrid: Dykinson.

Saldaña, C. (2000). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13 (3), 381-392.

Saldaña, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y

Amigo, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I.* (pp.141-160). Madrid: Pirámide.

Saldaña, C. y Bados, A. (1988). El problema del mantenimiento en un tratamiento de la obesidad. Un modelo de intervención para la prevención de la recaída. *Anuario de Psicología*, 38 (1), 49-66.

Saldaña, C., García, E., Sánchez, D. y Tomás, I. (1994). Aproximación conductual al tratamiento de la obesidad y del seguimiento crónico de las dietas. En Graña, J.L. (Ed.). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp.669-703). Madrid: Debate.

Saldaña, C., Sánchez, D. y García, E. (1994b). La obesidad y sus problemas: Marco conceptual y factores implicados. En Graña, J.L. (Ed.). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp.593-631). Madrid: Debate.

Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid: TEA.

Sánchez, C., Gómez, G. y Guerra, G. (1999). Disfunciones sexuales y obesidad: estudio comparativo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 13 (3), 221-226.

Sánchez, F. (2010). Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *Revista Internacional de Andrología*, 8 (1), 21-27.

Sánchez, J., Olivares, J. y Alcázar, A.R. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas clínicos y de la salud en España. *Psicología Conductual*, 7 (2), 253-281.

Santacreu, J. y Scigliano, R. (1986). Programa de autocontrol de la obesidad: datos de un año de seguimiento. *Estudios de Psicología*, 25, 121-138.

Santos, M.A., Peres, R.S. y Kruschewsky, M.S. (2007). Imagen corporal en obesos mórbidos antes y después de una intervención multidisciplinar. *Psychologica*, 44, 467-488.

- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 48 (2), 154-169.
- Seijas, B.D. y Feuchtmann S.C. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26 (1), 38-41.
- Shah, M. (2009). Obesidad y sexualidad en las mujeres. *Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica*, 36 (2), 347-360.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., Kenardy, J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.).
- Shin, H., Shin, J., Liu, P.Y., Dutton, G.R., Abood, D.A. y Ilich, J.Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 31 (11), 822-828.
- Skender, M.L., Goodrick, G.k., Del Junco, D.J., Reeves, R., Danell, L., Gotto, A.M. y Foreyt, J.P. (1996). Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise and combination interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 96 (4), 342-346.
- Smith, D.E. y Wing, R.R. (1991). Diminished weight loss and behavioral compliance during repeated diets in obese patients with type II diabetes. *Journal of Health Psychology*, 10 (6), 378-383.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Spielberger, C.D. (1991). *Manual for the State - Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*,. Revised research edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Spielberger, C.D., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. y Casado, M.I. (1999). *STAXI-2. Versión experimental en castellano*. No publicado.
- Stahre L. y Hallstrom, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eat Weight Disord*, 10 (1), 51-58.
- Stevens, V.J., Obarzanek, E., Lee, I.M., Appel, L.J., Smith, D., y cols. (2001). Longterm weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention phase II. *Annals of Internal Medicine*, 134, 1-11.
- Struble, C.B., Lindley, L.L., Montgomery, K., Hardin, J. y Burcin, M. (2010). Overweight and obesity in lesbian and bisexual college women. *The Journal of American College Health*, 59 (1), 51-56.
- Stubbs, J., Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., Engel, D., Shepherd, R., McConnon, A., Gilbert, P. y Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behaviour change. *Obesity Reviews*, 12 (9), 688-708.
- Teixeira, P.J., Silva, M.N., Coutinho, S.R., Palmeira, A.L., Mata, J., Vieira, P.N., Carraça, E.V., Santos, T.C. y Sardinha, L.B. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18 (4), 725-735.
- The, N.S. y Gordon, P. (2009). Entry into romantic partnership is associated with obesity. *Obesity*, 17 (7), 1441-1447.
- Trischitta, V. (2003). Relationship between obesity-related metabolic abnormalities and sexual function. *Journal of Endocrinological Investigation*, 26 (3), 62-64.

- Tuomilehto, J., Lindström, M.S., Eriksson, J.G., Valle, T.I., Hamalainen, H., Ilanne, P. y cols. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344 (18), 1343-1350.
- Umberson, D., Liu, H. y Powers, D. (2009). Marital status, marital transitions, and body weight. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 327-343.
- Van Dorsten, B. y Lindley, E.M. (2011). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Medical clinics of North America*, 95 (5), 971-988.
- Vansant, G., Hulens, M., van der Borght, W., Demyttenaere, K., Lysens, R. y Muls, E. (1999). A multidisciplinary approach to the treatment of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1, 65-68.
- Van Wier, M.F., Ariëns, G.A., Dekkers, J.C., Hendriksen, I.J., Pronk, N.P., Smid, T. y Van Mechelen, W. (2006). ALIFE@Work: a randomised controlled trial of a distance counselling lifestyle programme for weight control among an overweight working population [ISRCTN04265725]. *BMC Public Health*, 24, 6-140.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Vázquez, V. y López, J.C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96.
- Vela, A., Olavarrieta, S. y Fernández, J. (2007). Sueño y estrés: relación con la obesidad y el síndrome metabólico. *Revista Española de Obesidad*, 5 (2), 77-90.
- Vera, M.N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía?. *Psicothema*, 10 (1), 111-125.

- Vera, M.N. y Fernández, M.C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Viegner, B.J., Perri, M.G., Nezu, A.M., Renjilian, D.A., McKelvey, W.F. y Schein, R.L. (1990). Effects of an intermittent, low-fat, low-calorie diet in the behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy*, 21 (4), 499-509.
- Vieira, P.N., Mata, J., Silva, M.N., Coutinho, S.R., Santos, T.C., Minderico, C.S., Sardinha, L.B. y Teixeira, P.J. (2011). Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. *Journal of Obesity*, 1-8.
- Villanova, N., Pasqui, F., Burzacchini, S., Forlani, G., Manini, R., Suppini, A., Melchionda, N. y Marchesini, G. (2006). A physical activity program to reinforce weight maintenance following a behavior program in overweight/obese subjects. *International Journal of Obesity*, 30 (4), 697-703.
- Villaseñor, S.J., Ontiveros, C. y Cárdenas, K.V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8 (2), 86-90.
- Volkow, N. y O'Brien, C. (2007). Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder?. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 708-710.
- Wadden, T.A., Foster, G.D. (2000). Behavioral treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 84, 441– 461.
- Wadden, T.A, Foster, G.D. y Leticia, K.A. (1994). One-year behavioral treatment of obesity: Comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 165-171.
- Wadden, T.A., Stunkard, A.J. y Liebschutz, J. (1988). Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (6), 925-928.

- Wadden, T., Butryn, M. y Byrne, K. (2004). Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (2), 269-277.
- Wee, C.C., Huang, A., Huskey, K.W. y McCarthy, E.P. (2008). Obesity and the likelihood of sexual behavioral risk factors for HPV and cervical cancer. *Obesity*, 16 (11), 2552-2555.
- Werlinger, K., King, T.K., Clark, M.M., Pera, V. y Wincze, J.P. (1997). Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in an obese female population: a pilot study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23 (1), 74-78.
- Werrij, M.Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H.J., Ament, A.J. y Hospers, H.J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67 (4), 315-324.
- White, M.A., O'Neil, P.M., Kolotkin, R.L. y Byrne, T.K. (2004). Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obesity Research*, 12 (6), 949-955.
- Wilfley, D.E., Robinson, R. y Stein, R.I. (2002). Comparación entre la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para el tratamiento de individuos con sobrepeso y trastornos por atracones. *Psiquiatría.com*, 59 (8). Extraído el 17 de Noviembre del 2011 desde: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/obesidad/8544/
- Wilkes, S. y Murdoch, A. (2009). Obesity and female fertility: a primary care perspective. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 35 (3), 181-185.
- Wolfe, B.L. (1992). Long-term maintenance following attainment of goal weight: a preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, 17 (5), 469-477.

Woodward, L. (2002). Factors in the sexual satisfaction of obese women relationships. *Electronic journal of human sexuality*, 5.

Yaylali, G.F., Tekekoglu, S. y Akin, F. (2010). Sexual dysfunction in obese and overweight women. *International Journal of impotence Research*, 22 (4), 220-226.

Young, J.E. y Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. (2nd ed.). New York: Ed. Cognitive Therapy Center of New York.

5. ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

- Los objetivos de este estudio son la mejora de la sexualidad y vida en pareja de las participantes y la mejora de su calidad de vida en general
- Los datos recogidos durante el estudio serán usados para fines docentes y de investigación.
- Los responsables del estudio se comprometen a seguir las normas de confidencialidad. El estudio no pretende recoger información sobre personas concretas y todos los datos serán codificados de forma que se mantendrá su anonimato.
- Su participación será totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación en cualquier momento sin perjuicio para usted y podrá solicitar que borren sus datos de la base de datos.
- El tratamiento será totalmente gratuito.
- La puntualidad y la asistencia continuada son requisitos para una organización adecuada. Por tanto, el paciente se compromete a asistir de forma puntual a las sesiones y con regularidad. En caso de no poder asistir a la sesión, el paciente se compromete a avisar al terapeuta con al menos 24 horas de antelación.

Madrid, a.....de.....del.....

Firma Participante

Firma Terapeuta

ANEXO II

ENTREVISTA EVALUACIÓN TALLER SEXUALIDAD Y PAREJA

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO/S DE CONTACTO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

- Soltera
- Casada-pareja de hecho
- Divorciada-separada,
- Viuda

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE:

- Sola
- Pareja
- Hijos
- Otros

¿TIENE HIJOS?(Número)

NIVEL ESTUDIOS:

- Sin estudios
- Estudios primarios (hasta 11-12 años)
- Estudios secundarios de primer grado (12-16 años-Bachiller elemental, 7 y 8 de EGB, 1 y 2 de BUP, 1-4 ESO)
- Estudios secundarios de segundo grado (16-18 años-Bachiller superior, 3 BUP y COU, 1-2 Bachillerato, FP)
- Estudios Universitarios (Diplomaturas y Licenciaturas)

SITUACIÓN LABORAL:

- Trabajo por cuenta propia
- Trabajo por cuenta ajena
- Funcionaria
- En paro
- Trabajo del hogar
- Jubilado-pensionista

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

- Bajo
- Medio
- Alto

¿Ha participado en anteriores programas de intervención relacionados con la sexualidad?

- SI (Número)
- NO

¿Tiene algún problema relacionado con la sexualidad?

- SI
- NO

¿En caso afirmativo, cual o cuales?

- Falta de deseo
- Falta de excitación
- Molestias o dolor durante el coito
- Imposibilidad de llevar a cabo la penetración
- Dificultad para alcanzar el orgasmo
- Problemas sexuales de la pareja
- Otros

¿En caso afirmativo, cuánto tiempo lleva con estos problemas? (meses)
¿Ha visitado a algún especialista en relación a los problemas sexuales?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Tiene algún problema de pareja?

- SI
- NO

¿En caso afirmativo, cual o cuales?

- Falta de tiempo en común gratificante
- Aumento de las discusiones
- Dificultades en la comunicación
- Dificultades con las familias de origen
- Dificultades en la educación de los hijos
- Dificultades en la organización de tareas
- Dificultad a la hora de resolver problemas
- Dificultades en las relaciones sexuales

¿En caso afirmativo, cuánto tiempo lleva con estos problemas? (meses)

¿Ha visitado a algún especialista en relación a los problemas de pareja?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Está en tratamiento farmacológico?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Ha padecido o padece algún problema psicológico?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Está en tratamiento psicológico?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Consume habitualmente alcohol?

- SI (esporádicamente, 1-2 vasos diarios, más de dos vasos diarios)
- NO

¿Fuma?

- SI (Nº Cigarrillos por día)
- NO

¿Otras drogas?

- SI (¿Cuales?)
- NO

¿Ha tenido algún acontecimiento estresante importante en los últimos meses?

- SI (¿Cuál/Cuales?)
- NO

Valore en una escala de 0 a 10 su vida sexual (0 mala a 10 muy buena)

Valore en una escala de 0 a 10 su vida en pareja (0 mala a 10 muy buena)

ANEXO III

Cuestionario de Rosenberg

Por favor, conteste a las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más adecuada:

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

3. Creo que tengo varias cualidades buenas

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

8. Desearía valorarme más a mí mismo

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

9. A veces me siento verdaderamente inútil

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

10. A veces pienso que no sirvo para nada

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

Escala de Autoestima (EA) (Rosenberg, 1965; versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

ANEXO IV

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿en qué **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿qué **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11. En las últimas 4 semanas, ¿cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, ¿cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

Índice de la función sexual femenina (FSFI) (Rosen y cols., 2000; versión de Blümel y cols., 2004)

ANEXO V

VALORACIÓN DEL TALLER DE SEXUALIDAD Y PAREJA

Esta valoración es **anónima**.

- Valora, por favor, de 0 a 10 los siguientes aspectos relacionados con el taller (siendo 0 la peor puntuación y 10 la mejor):
 - ❖ La información proporcionada por el taller
 - ❖ El material proporcionado.
 - ❖ La terapeuta
 - ❖ Valora globalmente el taller

- ¿Qué parte del taller te ha parecido más interesante? Explica.

- ¿Qué parte del taller te ha parecido más útil? Explica

- ¿Qué mejorarías o cambiarías? Explica.

ANEXO VI

MATERIALES DEL TALLER SEXUALIDAD Y PAREJA

TALLER sexualidad y pareja

Marta Perandones Martínez
martaperandones@gmail.com

TALLER sexualidad y pareja. SEXUALIDAD

Contesta en un folio a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es la sexualidad?
- Escribe 3 palabras que se te ocurran sobre la sexualidad.
- ¿Para qué crees que sirve la sexualidad?
- ¿Cuándo empieza y cuándo acaba la sexualidad?
- ¿Dónde está la sexualidad?

- No sólo órganos genitales, dimensión que abarca **todo nuestro ser corporal, psicológico y social.**
- Somos sexuados en **todas las edades**. Niños, jóvenes, adultos y viejos somos sexuados. En cada edad la sexualidad es diferente; pero en todas una dimensión importante.
- No somos sexuados sólo para **reproducirnos**. La sexualidad es mucho más amplia: la sexualidad es una forma de vivir la ternura, la **comunicación**, los afectos, el **placer**, etc.

¿Qué diferencias hay entre hombres y mujeres?

Características femeninas	Características masculinas

SEXO vs GÉNERO

IDENTIDAD vs ORIENTACIÓN SEXUAL

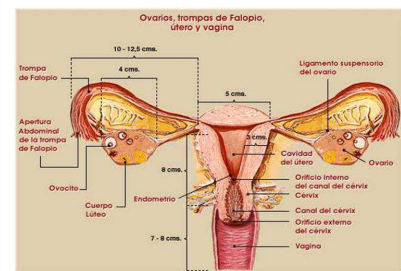
Sexualidad

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos

■ Dibuja el aparato reproductor femenino

ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

- Los **órganos genitales internos**,
- los **órganos genitales externos**
- y las **mamas**.



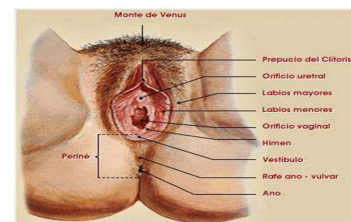
Órganos genitales internos:

Ovarios: Órgano par en el que se producen y maduran los óvulos, el gameto femenino.

Trompas de Falopio: Conductos que comunican los ovarios con el útero y en los que se produce la fecundación.

Útero: Órgano hueco y musculoso en el que se desarrollará el feto.

Vagina: Canal que comunica con el exterior, conducto por donde entrarán los espermatozoides.



Órganos sexuales externos

Labios mayores: Pliegues de piel cubiertos de vello.

Labios menores: Repliegues de piel sin vello, con muchas terminaciones nerviosas y glándulas.

Clítoris: Órgano eréctil situado en la confluencia superior de los labios menores, con muchas terminaciones nerviosas.

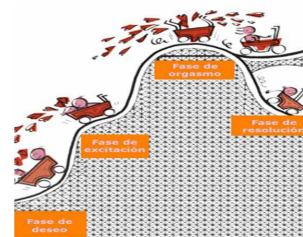
Himen: Membrana delgada y rosada que bloquea parcialmente la entrada a la vagina.

■ VERDADES Y MENTIRAS SOBRE EL SEXO

¿Qué es la respuesta sexual?

- La respuesta sexual: forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal.
- La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases "automáticas"; es decir, sólo porque te "pongas en marcha" no tienes por qué llegar al último paso necesariamente. Se requiere un flujo constante de excitación y estimulación para ir pasando de una fase a otra.

¿Cuáles son las fases de la respuesta sexual?



■ Fase de deseo

Es una fase "mental".

Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo.

POSIBLES CAUSAS DE LA FALTA DE DESEO:

- FISIOLÓGICAS:
 - Alteraciones en la zona preóptica del cerebro.
 - Niveles bajos de testosterona.
 - Alteraciones de la dopamina y serotonina.
 - Fármacos (ej. Antidepresivos).
- PSICOLÓGICAS:
 - Depresión.
 - Ansiedad...
- FALTA DE EE - FALTA DE REFUERZO POSITIVO ya que el deseo no es una necesidad básica (no hay alertas físicas que nos indiquen su falta, ej. Hambre) sino **secundaria y requiere de estímulos para desencadenarse**. Para el mantenimiento del deseo, será muy importante el **refuerzo mediante la consecución del placer** (si obtenemos placer, se eliminará el deseo).

- MIEDOS O "LEONES": Si al llevar a cabo una serie de conductas para obtener placer sentimos **miedo-ansiedad-asco-ira...** en el proceso, dejaremos de hacer esas conductas o las evitaremos. En la sociedad hay muchos **mitos** que asocian la sexualidad con el peligro que nos pueden hacer que evitemos o no disfrutemos de ella.

Ejemplos de "leones":

- Sexo es igual a vicio.
- Sexo es igual a prostituta.
- El sexo es algo sucio.
- El sexo es algo doloroso (violación).
- Miedo a ser rechazado.
- Miedo a perder el conocimiento.
- Miedo a perder el control.
- Miedo al fracaso.
- Miedo al compromiso.
- Miedo al compromiso por perder a otras personas.
- CONFLICTOS DE PAREJA: Es ansiedad, ira... y no favorece la conducta sexual.

PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO DESEO:

- Conseguir o aumentar estímulos elicítadores de deseo.
- Eliminar el displacer en las conductas sexuales.
- Valorar la sexualidad de una manera positiva.
- Conseguir CLAVE ERÓTICA
- Eliminar emociones negativas.

Posibles estímulos desencadenantes de deseo:

- Películas eróticas
- Relatos eróticos
- Fantasías
- Personas
- Objetos
- Lugares...

Para prevenir emociones negativas:

- Respiración diafragmática
- Autoinstrucciones

■ Fase de excitación

Cuando te has excitado "mentalmente", el cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son:

EN LA MUJER

- Comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande.
- Los labios mayores se abren y crecen.
- Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto.
- Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.

EN EL HOMBRE

- Afluencia de sangre al pene, provocando su erección.
- Aumento de tamaño de los testículos, que se elevan, quedando pegados al abdomen.
- Los genitales se oscurecen por la afluencia de sangre.
- Erección de los pezones, aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco y tensión muscular, igual que en la mujer.

TÉCNICA DEL ESPEJO

ENCONTRAR LAS ZONAS SENSIBLES AL TACTO



■ Meseta

Los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a algunos cambios:

En la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa.


En el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido preseminal.

■ Orgasmo

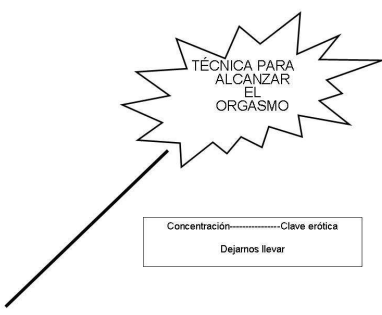

Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación. Por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan. ¿Cómo?

- EN LA MUJER, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas...

- EN EL HOMBRE, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación.




- El orgasmo es una **respuesta refleja** que se produce en la **zona sacro – lumbar** y que tiene una **expresión de placer mental** y unas **contracciones del músculo pubocoxígeo**. Las contracciones se dan cada 0.8 segundos y no suele haber más de 15.
- Para que se produzca un orgasmo es **necesaria una estimulación**. Normalmente las mujeres consiguen el orgasmo mediante la **estimulación del clítoris** ya que es una zona muy sensible en la que encontramos multitud de terminaciones nerviosas. También existen otros puntos sensitivos como el **punto G** que encontramos en el primer tercio anterior de la vagina. Muchas mujeres verbalizan que la sensación experimentada es como la que tenemos cuando tenemos ganas de orinar. Algunas mujeres alcanzan el orgasmo mediante la estimulación de **otras zonas sensitivas** de la vagina, pechos... e incluso mediante **fantasías eróticas**, sin embargo es mucho menos frecuente.



TÉCNICA PARA ALCANZAR EL ORGASMO


Concentración.....Clave erótica
Dejamos llevar




- **Fase de resolución**

Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.

- **EN EL HOMBRE**, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo.
- **LA MUJER**, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada.




- **EL VAGINISMO, ES LA IMPOSIBILIDAD DE PENETRACIÓN POR LA CONTRACCIÓN INVOLUNTARIA E INCONSCIENTE DE LOS MÚSCULOS DE LA VAGINA.**



HÁBITOS SALUDABLES DE HIGIENE SEXUAL.

- La higiene de los genitales externos es tan importante como la del resto del cuerpo. El aseo diario es fundamental.
- Recuerda que existen infecciones de los órganos genitales, que se tratan como las demás infecciones.
- El exceso de limpieza vaginal puede ser contraproducente, ya que se destruye la flora vaginal aumentando los riesgos de infección.
- Aunque los genitales externos tienen cierto olor, recuerda que los fuertes olores provenientes de la zona genital suelen denotar una infección.
- La presencia de cualquier enfermedad de transmisión sexual debe ser conocida por la pareja.
- Aunque parezca un tópico: más vale prevenir que curar.



- **ACERCAMIENTO VISUAL Y TÁCTIL A LOS GENITALES.**
- **EJERCICIOS KEGEL**



TALLER sexualidad y pareja. PAREJA



¿QUÉ ES UNA PAREJA?

- Es algo voluntario.
- Prioridad vs exclusividad.
- Requisitos básicos para una relación de pareja saludable:

DESLINDE

IGUALDAD DE VALOR

FLEXIBILIDAD DE ROLES

TIPOS DE PAREJAS

LA MEDIA NARANJA

LA PAREJA ABIERTA

PAREJA TRADICIONAL DE GÉNERO

PAREJA TRADICIONAL DE GÉNERO INVERTIDA

MODELO DE PAREJA ADULTA

¿QUÉ MITOS EXISTEN RESPECTO A LA PAREJA?

Creencias Falsas más frecuentes en la relación de Pareja:

- . Nuestro amor se mantendrá para siempre con el paso del tiempo
- . Mi pareja deberá ser capaz de anticipar mis pensamientos, mis sentimientos y mis necesidades
- . Mi pareja no herirá nunca mis sentimientos ni me replicará encolerizado/a
- . Si me quisieras de verdad, te esforzarías siempre por agradarme (Por satisfacer mis deseos y necesidades)
- . Amar significa no tener que estar nunca enfadado ni disgustado con mi pareja

- Amar significa querer estas siempre juntos
- . Los intereses, objetivos, y valores de cada uno serán siempre los mismos
- . Mi pareja será siempre abierta, directa y honesta conmigo
- . Como estamos enamorados, mi pareja me respetará, comprenderá y aceptará independientemente del tipo de conductas que yo lleve a cabo
- . Sería terrible si mi pareja me pusiera en un aprieto, me minusvalorase o me criticase
- . El grado de sexo, cariño y compromiso presente en nuestra relación no debe disminuir nunca
- . Debemos estar siempre de acuerdo en cualquier tipo de asunto

“La relación de pareja por ser un proceso de interacción entre personas es un acontecimiento vivo que va a tener que atravesar diversas vicisitudes a lo largo del tiempo y que por tanto, aún cuando esté establecida sobre unos pilares firmes y sólidos requerirá llevar a cabo un continuo reajuste para que se mantenga en un funcionamiento que proporcione un alto grado de satisfacción a las dos personas”

Luis Llavona, 2000

MODELO DOMÉSTICO vs MODELO LABORAL

“María: oye Juan, tú si me pegara un tiro ¿lo sentirías?”

“Jose: Claro, ¿crees que soy sordo?”

ENAMORAMIENTO vs AMOR

ELEMENTOS DE CONSTITUCIÓN DE UNA PAREJA
En toda relación interpersonal satisfactoria debe darse en el proceso de interacción un balance positivo. Algunos de los elementos positivos o negativos son:

PERSONALES (Características peculiares de cada miembro de la pareja)

Atracción física: elementos físicos como tamaño, volumen, forma

Atracción personal:

- Cualidades de una persona: inteligente, simpática, optimista, generosa, noble...
- Actividades que realiza o el rol que ocupa: cantante, artista...
- Conocimientos
- Ideología - Valores

INTERACCIÓN: Aspectos por o durante la interacción.

- Por ejemplo, un miembro puede abrazar al otro porque le gusta (POR) o puede estar al lado del otro mientras cada uno realiza una actividad (DURANTE). Son elementos que no tienen porque ser incompatibles.
- Comportamientos afectivos
- Comunicación (contenido)
- Interacción sexual
- Actividades de ocio
- Compañía
- Interacción con familiares del otro
- Estatus socioeconómico que aporta el estar con el otro

FUENTES DE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN DE PAREJA

- Pérdida del valor reforzante en la relación (elementos personales o de interacción).
- Por cambio en las condiciones previas.
- Por saciación al no cambiar las condiciones previas.
- Por desaparición del efecto novedad.
- Frustración de las expectativas reales o no reales.
- Aparición de condiciones que dificultan la interacción de los dos miembros.
- Separación física.
- Convivencia con familiares.

Aparición de fuentes de reforzamiento intensas ajenas a la pareja para uno de los miembros.

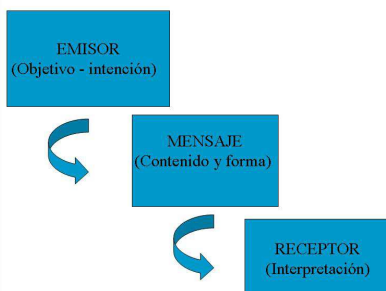
- Terceras personas.
- Trabajo.
- Aficiones.
- Hijos.
- Drogas.
- Control de los padres.
- Control aversivo de la relación para demandar cambios de conducta.
- Castigos.
- Refuerzos negativos.
- Incumplimiento del compromiso en el sentido de prioridad.
- Infidelidades con otras personas.

AUMENTO INTERCAMBIO POSITIVO Y DISMINUCIÓN DEL NEGATIVO

PLANIFICACIÓN ACTIVIDADES PLACENTERAS

COMUNICACIÓN EN LA PAREJA

Cuando existe un deterioro de la comunicación, suele ocurrir que entre la **intención** del que envía un mensaje y la **interpretación** del que lo recibe, media un abismo.



- Lo más frecuente es que el mensaje se envíe de forma incorrecta e inoperativa, lo que hace que el mensaje sea imposible de traducir de acuerdo con la intención del que lo envió → **Mensajes destructivos.**
- Puede darse el caso de que el receptor interprete los mensajes de forma sistemáticamente destructiva → **Interpretación tergiversada.**

- Cuando se dirija a su pareja, es decir, cuando actúen como *emisores*, cuiden el contenido y la forma de su mensaje de manera que no dé lugar a errores de interpretación (eviten las formas destructivas).
- Cuando escuchen a su pareja, es decir, cuando actúen como *receptores*, intenten no mostrarse suspicaces ni adivinar.
- Una comunicación sana, implica pensar en los sentimientos de su cónyuge al hablar. Por ejemplo, cuando vaya a dirigirse a su cónyuge, intente antes imaginar cómo hablaría si se tratara de una persona que acaban de presentarle. En ese caso es norma de cortesía obligada ser agradable y respetuoso.

- **El hecho de no hablar no significa que no nos comuniquemos.**
 - **El contenido no verbal es tan importante como el verbal.** O más aún: del contenido no verbal depende la interpretación y credibilidad de lo que se dice.
- Componentes de la comunicación no verbal:**
- El contacto ocular.
 - La expresión facial.
 - El tono de voz y el timbre.
 - La gesticulación.
 - La postura.

SERVICIO DE MESA...

REGLAS BÁSICAS DE LA COMUNICACIÓN:

Qué desea decir, por qué va a hacerlo y cómo va a hacerlo.

- Tres elementos a tener en cuenta si usted como emisor quiere hacerse entender y desea un diálogo amable y fluido:
 - Qué va a decir (contenido).
 - Por qué va a decirlo (objetivo).
 - Cómo va a decirlo (forma).
- Su discurso será correcto cuando estos tres requisitos lo hagan coherente, siendo a la vez coherentes entre sí.
- Las parejas con problemas, las parejas conflictivas, gastan mucha energía en un diálogo infructuoso, un diálogo que termina en discusiones frecuentes y cuyo último objetivo consiste en demostrar quién tiene razón.

Hablar del pasado, presente o futuro.

- Las parejas en conflicto, hacen muchas referencias al pasado. Suelen ser, estas referencias, para recalcar aspectos negativos o para hacer comparaciones odiosas.
- **NO HABLAR DEL PASADO.** Siempre resulta más práctico plantear las cosas en el momento presente y dirigidas a un futuro.
- El pasado no lograremos cambiarlo, por mucho que lo mencionemos o critiquemos; pero sí podemos tomar decisiones que nos permitan mejorar de hoy en adelante, y dedicar a ello toda nuestra energía.

Ser específico.

- Los comentarios vagos, generales, si además son planteados en tono de queja o demanda, tienen el poder de crear un estado de ánimo desagradable, porque uno no sabe a qué atenerse, no sabe qué es lo que el otro desea y no sabe qué puede hacer para poder dar satisfacción a sus deseos.
- *Tras una comunicación específica, hay cambios; es una forma concreta de avanzar. Cuando se es inespecífico, rara vez se moviliza nada.*
- Algunas personas creen que cuando hay amor existe una comunicación que no necesita palabras: **<< si realmente me quisieras, sabrías lo que espero>>**. Este tipo de aseveraciones parten de una base errónea: El amor no está reñido con una buena comunicación; al contrario, se nutre de ella.

Ser breve.

- Equilibrio entre el hablar y el escuchar. Aquellas personas que se repiten, que se recrean en lo que dicen (generalmente con la intención de que su mensaje quede muy claro), incurrn en el error de estar deteriorando la capacidad de escucha del oyente, de cansarlo. Armarse de paciencia para tener que escuchar a una persona no resulta agradable. SEA BREVE.

Escuchar sin interrumpir.

Expresiones tipo <<Nunca>>, <<Siempre>>

- En la comunicación de la pareja, son términos que empleados dentro de una expresión de queja o crítica tienen un tremendo potencial negativo.
- Son términos absolutos que no permiten la flexibilidad ni la matización.
 - Siempre tienes que salir con esas.
 - Nunca me has ayudado.
- Para ser justos y honestos, para llegar a acuerdos, para producir cambios, resultan más efectivas expresiones del tipo:
 - La mayoría del veces.
 - En ocasiones.
 - Algunas veces.
 - Frecuentemente.
- Permiten al otro sentirse correctamente valorado.

Emitir juicios de valor.

- Comentarios dentro de una conversación, como por ejemplo: <<Tú sabes muy bien que...>>, <<Deberías...>>, son juicios de valor, premisas que resultan molestas y despiertan un sentimiento de injusticia y rebeldía. La reacción que se consigue es justamente de defensa.
- En lo que respecta a los juicios de valor positivos, como por ejemplo: <<eres bueno>>, <<Eres inteligente>>, ... tengamos en cuenta que no por ser positivos dejan de ser juicios de valor, y que como tales deben ser utilizados con cautela y sin frivolidad.

Ser flexible.

- La flexibilidad es lo contrario de la rigidez, y se asocia a la movilidad, al cambio y a la adaptación necesarias para toda relación, sea o no de pareja.
- La reflexión de forma continua y sostenida sobre nuestra situación de pareja es importante para su propia estabilidad como persona. Tendemos a pensar que la relación de pareja es algo que funciona solo, por inercia, como si tuviera motor interno. En la situación de terapia, es habitual hacerse la siguiente reflexión: <<Si me hubiera dado cuenta antes...>>.
- *Que la flexibilidad llegue a ser una habilidad de comunicación, requiere una actitud dispuesta a reconocer los propios errores y a reconocer el valor de las propuestas ajenas.*

Ser positivo.

- <<No me gusta cómo vas peinada.>>
- <<Esto está muy malo.>>
- <<No encuentro bien que no vengas esta noche.>>
- Estas son formas comunes de expresarse, y probablemente al hacerlo usted no opina que está haciendo daño a su pareja, o al menos tiene claro que esa no es su intención.
 - <<Estas guapa, pero quizá me gustas más cuando te haces cola.>>
 - <<Esta bueno, pero un poco salado.>>
 - <<Me gustaría mucho que esta noche vinieras.>>
- Cuando planteamos lo que no nos gusta de forma implícita estamos acusando al otro. Cuando decimos lo que nos gustaría, estamos dando una opinión sin ánimo de criticar.

Los límites de la sinceridad.

- Las parejas conflictivas usan una comunicación totalmente sin restricciones, al contrario que las parejas bien avenidas.
- Hay comentarios y críticas que no aportan nada, aun cuando sean ciertos. Bajo la excusa de ser <<absolutamente sincero>> se puede ser <<absolutamente desagradable>>. Hay algunas <<verdades>> que sería mejor no mencionar si no va a servir de nada hacerlo.

APRENDER A EXPRESAR SENTIMIENTOS:

Existen 2 formas extremas de expresar sentimientos:

- Las personas que creen que es mejor no expresar los sentimientos porque lo consideran un signo de debilidad e incluso de mal gusto.
- Las personas que dan rienda suelta a sus emociones sin ningún autocontrol, manifestándose en el momento menos oportuno, e incluso perjudicando su imagen o sus relaciones.

¿Por qué expresar sentimientos?

- Si no las expresamos, y según sea su índole, los sentimientos pasarán a ser un factor estresante y a largo plazo una manifestación de *ansiedad*.
- Es uno de los componentes esenciales de la *comunicación*.
- Es la única forma de suministrar a los demás la información adecuada acerca de *cómo nos sentimos* (alegres, contentos, tristes, airados).
- No podemos reforzar al otro cuando sus conductas nos producen agrado si no *expresamos lo que sentimos*.

Expresión de sentimientos positivos.

- Con frecuencia, las tensiones diarias nos hacen mucho más sensibles a los aspectos negativos de nuestra vida cotidiana que a los positivos. No obstante, es una medida de salud mental tener una predisposición abierta hacia los aspectos optimistas y, sobre todo, *mantener y aumentar el sentido del humor*.
- *La risa es un tónico eficaz. Un relajante ante las tensiones. Un desmitificador de algunas situaciones, inicialmente interpretadas como dramáticas, y una conducta con consecuencias fisiológicas buenas para nuestro organismo.*
- El buen humor y la alegría son contagiosos, y mediante ellos podemos hacer que nuestro entorno sea mucho más agradable.

Expresión de sentimientos negativos.

- Los sentimientos negativos son más difíciles de aceptar o reconocer que los positivos, dado que son menos satisfactorios. Hay que expresarlos teniendo en cuenta algunas consideraciones:
- No expresamos los sentimientos negativos para *castigar* al otro, sino para *informar* de lo que nos desagrada y tratar de subsanar la situación sin llegar a enrarecerla.
- No se trata de que *nos compadezcan* sino de que *nos comprendan*.
- No decimos lo que sentimos para *culpabilizar*, sino para *cambiar el modo interacción*, de forma que sea más satisfactoria.
- Hay *momentos más oportunos* que otros para expresar nuestros sentimientos.

Fórmula x-y-z:

- X: Especificar lo que el otro hace o deja de hacer, que nos provoca sentimientos negativos. "Cuando no recoges la mesa"
- Y: Supone adueñarnos del sentimiento negativo o usar mensajes YO. "Me siento mal por que estoy cansada"
- Z: Hacer una petición que podría mejorar la situación y sus propios sentimientos. "Qué te parece si intentas recoger la mesa después de comer para que yo pueda descansar".

Cómo pedir relaciones sexuales.

- Pedir relaciones sexuales es una forma más de expresar sentimientos, manifestar una necesidad y patentizar la atracción que sentimos hacia el otro.
- Por supuesto, no debe ser una agresión, una imposición ni una pregunta irónica, de tipo: "<<Seguro que no te apetece, ¿verdad?>>". Debe ser simplemente algo natural, y al igual que puede ser solicitado puede también ser rechazado.
- La iniciación puede ser <<no verbal>>: simplemente un acercamiento afectuoso, acariciar, rascar la espalda, besar, arrebujarse contra el otro, reseguir su cuerpo, o puede ser explícita y abiertamente verbal, y en muchas ocasiones *debe serlo*.

La petición de relaciones sexuales debe ser:

- Afectuosa.
- Ni exigente ni perentoria.
- Teniendo en cuenta las necesidades del otro.
- Franca, declaradamente explícita, no una sutil adivinanza.
- No olvidar el aspecto físico (problemas de sudor, olor de pies, limpieza bucal...).

La negación de las relaciones sexuales debe ser:

- Una respuesta razonable.
- Nunca una venganza referida a otras negativas o actitudes anteriores.
- Teniendo en cuenta las necesidades del otro.
- Sin rechazo, crítica sarcástica o tono despreciativo.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PAREJA

GUÍA PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Comenzar siempre con algo positivo
- Ser específico
- Expresar nuestros sentimientos
- Adquirir nuestro papel en el problema
- Ser breve cuando se define el problema
- Discutir únicamente un problema a la vez
- Utilizar paráfrasis: explicar en otras palabras para mejor comprensión
- No hacer interpretaciones. Hablar únicamente sobre lo que puede observarse
- Ser neutral y no negativo, el objetivo no es discutir ni humillar a tu pareja

- Centrarse en las soluciones
- Ofrecer ayuda para el cambio del otro y comprometerse a introducir cambios en la propia conducta
- Seleccionar las soluciones más idóneas y expresarlas en términos descriptivos. Determinar también cuándo se espera que ocurran dichos cambios y la frecuencia de los mismos.
- Poner los cambios en marcha y evaluar los resultados.

